



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

“EL ROL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES CON PACIENTES CON ICTUS Y SUS FAMILIARES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN FASE AGUDA”

Autor/es

Aguas Sanromán, Diego
Urquiz López, María Isabel

Director/es

Garcés Trullenque, Eva María

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2018

ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS.....	6
2. RESUMEN	7
3. INTRODUCCIÓN	8
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1. EL ICTUS.....	11
4.2. DETECCIÓN DEL ICTUS.....	14
4.3. PREVENCIÓN DEL ICTUS Y FACTORES DE RIESGO	17
4.4. SECUELAS COMO CONSECUENCIA DEL ICTUS.....	21
4.5. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD	23
4.6. NECESIDADES	27
4.6.1. REHABILITACIÓN EN EL ICTUS.....	27
4.6.2. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DAÑO CEREBRAL.....	29
4.6.3. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL	30
5. METODOLOGÍA.....	32
5.1. INTRODUCCIÓN	32
5.2. OBJETIVOS	32
5.3. TÉCNICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS.....	33
5.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	36
5.5. ENTREVISTA.....	38
5.6. MUESTRA.....	41
5.7. PROCEDIMIENTO	42
6. ANÁLISIS DEL CONTENIDO.....	43
6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	45
6.1.1. BLOQUE I.....	46
6.1.2. BOQUE II.....	47
6.1.3. BLOQUE III.....	51
6.1.4. BLOQUE IV.....	52
6.1.5. BLOQUE IV.....	53

6.1.6. BLOQUE VI.....	54
6.2. COMUNICACIÓN NO VERBAL	56
6.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
7. CONCLUSIONES FINALES	59
7.1. DIFICULTADES.....	60
8. BIBLIOGRAFÍA	61
9. ANEXOS	66
9.1. ANEXO 1. ENTREVISTA.....	66
9.2. ANEXO 2. SOLICITUS DE COLABORACIÓN	68
9.3. ANEXO 3. SOLICITUD FIRMADA POR LA TUTORA.....	69
9.4. ANEXO 4. AUTORIZACIÓN GRABACIÓN AUDIO.....	70
9.5. ANEXO 5. HOJA DE COLABORACIÓN	71
9.6. ANEXO 6. TEST RANCHO LOS AMIGOS.....	72

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.Trombosis, embolia y hemorragia	12
Ilustración 2. AVC Hemorrágico y AVC Isquémico	12
Ilustración 3.Tipos de Ictus	13
Ilustración 4.Síntomas del Ictus	14

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas del Ictus	16
Tabla 2.Factores de riesgo de Ictus.....	17
Tabla 3. Grados de dependencia	24
Tabla 4. Investigación cualitativa VS Investigación cuantitativa	35
Tabla 5. Hospitales participantes.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	19
Gráfico 2	19

1. AGRADECIMIENTOS

Este trabajo, a pesar de llevar nuestros nombres como autores del mismo, no podríamos haberlo realizado sin contar con la ayuda de ciertas personas que nos han motivado y aportado información necesaria para poder lograr con éxito este proyecto de investigación.

En primer lugar, nombrar a Eva María Garcés Trullenque, tutora de este nuestro Trabajo Fin de Grado. En momentos difíciles a lo largo de todo este proceso siempre hemos contado con palabras motivacionales y de apoyo. Pero no podemos olvidar, su labor en la aportación de ideas para centrar nuestra temática, así como las numerosas tutorías y revisiones del documento. Así mismo, nos ha facilitado documentos los que a su parecer podían servirnos de ayuda.

Por otro lado, nos sentimos inmensamente agradecidos por la participación de los diferentes trabajadores sociales, quienes se prestaron a la colaboración desinteresada de contestar a las diferentes preguntas que consideramos necesario realizarles para nuestra investigación. Por ello, les consideramos una pieza fundamental, ya que sin su participación no podríamos haber llevado a cabo la parte práctica de este escrito.

En tercer lugar, queremos hacer una especial mención a nuestros familiares, amigos así como nuestras respectivas parejas. Todos ellos nos han ayudado en la aportación de ideas, pero lo más importante ha sido su paciencia, palabras de apoyo y comprensión en los momentos de mayor complicación. Por ambas partes, podemos decir que han sido un apoyo fundamental, pues a pesar de no ser partícipes del presente trabajo, han contribuido indirectamente desde el ámbito emocional.

Por último, ambos nos sentimos agradecidos de poder haber realizado este trabajo de forma conjunta, ya que, además de habernos seguido conociendo en el ámbito académico, también lo hemos hecho en el ámbito personal, puesto que la realización de este trabajo nos ha obligado a compartir un gran número de horas. Así mismo, ambos hemos sentido nuestro apoyo mutuo, ya que los momentos débiles de uno se han visto compensados con el apoyo y escucha del otro.

Por ello, consideramos que ha sido una bonita y acertada experiencia realizar este trabajo de manera grupal.

2. RESUMEN

El ictus es una enfermedad cerebral que presenta una gran magnitud de afectación en la sociedad actual. Sus consecuencias no solo tornan en el aspecto físico, sino también propicia numerosas necesidades sociales, conduciendo a la aparición de discapacidad o dependencia. Todo ello sumerge en el proceso a un amplio elenco de profesionales con conocimientos adecuados a la problemática tratada, entre ellos, la figura del trabajo social.

Por estos motivos es conveniente profundizar en el papel y las actuaciones de los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, en relación al daño cerebrovascular, con el fin de adquirir un mayor conocimiento sobre la importancia de esta figura profesional en la atención en este tipo de enfermedad.

Términos: Trabajo Social, Ictus, Accidente Cerebrovascular, Daño Cerebral, Dependencia, Discapacidad, Factores de Riesgo, Familia, Rehabilitación, Necesidades.

ABSTRACT

The stroke is a cerebral disease that presents a great magnitude of affectation in the current society. Its consequences have not only return in the physical aspect, but also propitiate numerous social needs, driving to the appearance of disability or dependence. All this plunges in the process to a professionals wide index with knowledge adapted to he treated problematic. Between then, the figure of the social work.

For these reasons it is a suitable to penetrate into the role and the performances of the social workers into the hospital area, in relation to the cerebro-vascular damage, in order to acquire a major knowledge on the importance of this professional figure in the attention in this type of disease.

Terms: Social Work, Stroke, Brain damage, Rehabilitation, Dependence, Disability, Family, Needs, risk factors, stroke accident.

3. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se centra en las personas que han sufrido un accidente cerebrovascular, así como en sus familiares. Concretamente, en el papel y las actuaciones de los trabajadores sociales con estos sujetos en la fase de hospitalización y rehabilitación.

Debido al aumento de casos que padecen esta dolencia, creemos oportuno dedicar un período de tiempo de nuestro aprendizaje y carrera académica en indagar sobre esta enfermedad, así como sus consecuencias principalmente en el ámbito social.

Por ello, el objetivo de este estudio es principalmente conocer las actuaciones desde el trabajo social durante la fase de hospitalización, realizando para ello una investigación en el tratamiento e intervención que se da tanto a los pacientes afectados como a los familiares desde esta profesión.

De esta manera, el presente trabajo se estructura en tres partes:

La primera de ellas, comenzará con una breve explicación del trabajo social sanitario, pues consideramos que es importante a modo de encuadre. Seguidamente, nos introducimos en su plenitud con el tema central de nuestra investigación, esto es, el Ictus. Para ello empezaremos con una explicación y comparación de diferentes definiciones sobre el Ictus, de diversos autores. Continuará con una aclaración de los diferentes tipos que podemos encontrar de accidente cerebrovascular, así como síntomas previos a su aparición y conocimiento de pruebas necesarias para descartar o no la presencia de la enfermedad.

Posteriormente se expondrá una serie de factores de riesgo y de prevención, así como un conjunto de datos acompañados de gráficos y tablas ilustrativas de la población afectada en las diferentes Comunidades Autónomas de España.

Para finalizar esta parte, concluiremos con un apartado centrado en las necesidades, pues consideramos que la atención de las mismas son importantes en el proceso y recuperación de los pacientes. En este sentido, estimamos que el papel del trabajador social es de gran relevancia tanto en la atención de los pacientes hospitalizados como de sus familiares. Por ello, no sólo hablaremos de la rehabilitación necesaria para los pacientes sino también de la atención ineludible que creemos que necesitan las personas que rodean a estos usuarios. En muchas ocasiones, este accidente cerebrovascular origina discapacidad y dependencia, dificultando las ABVD. Es por ello que introducimos una breve explicación de cada concepto. Así pues, toda esta información constituye el apartado teórico de nuestra investigación.

En la segunda parte, buscamos resolver todas las inquietudes que nos ha originado la elaboración del marco teórico. Principalmente, queremos ahondar en las ayudas que presentan los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario, tanto con las personas afectadas por la enfermedad y como por sus parientes.

Otro hecho que nos llama la atención y que tratamos de mostrar es la existencia o no de similitudes o discrepancias en la intervención de estos profesionales respecto al tema tratado.

Con ello, comenzaremos con la descripción de la metodología, esto es:

- Redacción de objetivos generales y específicos.
- Explicación de técnicas cualitativas y cuantitativas.
- Técnicas de recogida de datos- Entrevista.
- Muestra.
- Análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo.

Por último, en el tercer apartado de nuestra investigación, se exponen todas las dificultades encontradas, tanto en la revisión y elaboración del contenido y marco teórico, así como en todo el proceso de recogida de datos y su posterior análisis. Para acabar, se muestra una recopilación de los aspectos más importantes (a nuestro parecer), conformando así las conclusiones del proyecto.

4. MARCO TEÓRICO

En el siguiente apartado se pretende analizar en profundidad qué se entiende por la enfermedad de Ictus, así como conocer cuáles son los factores, secuelas y las diferentes tipologías que pueden padecer las personas que sufren esta enfermedad. Así mismo, se hará una aproximación a la manera en la que el Ictus afecta a las personas que lo padecen así como a sus familiares, ya que en la gran mayoría de casos, dichos familiares constituyen un gran apoyo al paciente, proporcionándoles una ayuda continuada en caso de que así lo precisen. Por ello, como bien explicaremos a continuación, el papel que juegan los familiares ante un caso de esta tipología de enfermedad es fundamental para la recuperación total o parcial del paciente.

Por otro lado, nos detendremos en conocer qué pruebas nos ayudan a detectar un caso de Ictus y qué medidas han de tomarse ante una situación de estas características. De igual forma, parece importante hacer un análisis exhaustivo de la incidencia de esta enfermedad y la diferencia entre las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país. Con ello, pretendemos exponer la prevalencia en relación a la edad, o el sexo, entre otras variables.

En muchos de los casos, tras sufrir un accidente cerebrovascular, los afectados se ven en la necesidad de disponer de ayuda de terceros para desempeñar actividades de la vida diaria, puesto que cabe la posibilidad de que sufran una pérdida total o parcial de la autonomía de la que disponían.

Además, en algunas ocasiones, como veremos posteriormente, el Ictus deja grandes secuelas en el paciente, lo que sumado a la dependencia, éste padece una leve o moderada discapacidad. Por ello, creemos oportuno hacer referencia a conceptos estrechamente vinculados con esta enfermedad tales como dependencia y discapacidad.

Por último, haremos especial hincapié y análisis en la fase de rehabilitación. Se trata de un proceso de recuperación muy importante para el paciente, ya que de ello depende la mejoría del mismo, bien de forma total o parcial de funciones y habilidades.

4.1. EL ICTUS

El Ictus o Accidente Cerebrovascular es una enfermedad que, actualmente, supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental. Concretamente su incidencia aumenta con la edad, afectando más a mujeres que a hombres, suponiendo un gran impacto sanitario, económico y social. Así mismo, ejerce una gran repercusión en las familias de los pacientes siendo éstas primordiales en la pronta recuperación del enfermo (Regueira, 2016).

Esta enfermedad supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa en incapacidad/discapacidad. Ejerce una gran repercusión en las familias de los pacientes, así como en el ámbito laboral y social, produciendo a su vez un gran gasto económico para los servicios sanitarios y servicios sociales (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Por ende, como se aclara en la Guía para pacientes y cuidadores (2015), esta enfermedad de carácter agudo, es una dolencia neurológica producida por la interrupción del aporte de sangre al cerebro, alterando de esta manera la función de alguna de las partes del mismo, ya sea ésta temporal o permanente.

Como veremos a continuación, pueden distinguirse dos tipos de Ictus:

- Ictus Isquémico o infarto cerebral, también denominado trombosis o embolia.
- Ictus hemorrágico (Fernández y López de Muniaín, 2014).

No obstante, antes de empezar a adentrarnos en las características y aspectos importantes de esta enfermedad, creemos oportuno esclarecer más detalladamente qué es y en qué consiste el Ictus. Para ello vamos a exponer una serie de definiciones de diferentes autores o guías:

- “Suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro” (OMS, 2018).
- “El desarrollo rápido de alteraciones focales o globales en la función cerebral, de duración superior a 24 horas (excepto que se interrumpa por cirugía o fallecimiento), que no sea debido aparentemente a causa no vascular” (Durán, 2004: 20).
- “Déficit neurológico atribuido a una lesión focal aguda del sistema nervioso central por una causa vascular, incluyendo el infarto cerebral, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea”(Rodríguez,2014).
- “Trastorno circulatorio cerebral que ocasiona una alteración transitoria o definitiva de la función de una o varias partes del encéfalo” (Ustrell-Roig y Serena-Lea, 2007).
- “Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro.[...] Ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula” (Rodrigo, 2010: 1).

De esta manera concluimos que el Ictus es una enfermedad que se origina de forma brusca y repentina, debido a una obstrucción y déficit de aporte al cerebro, provocando así un infarto cerebral, hemorragia intercerebral o hemorragia subaracnoidea.

Según la naturaleza y alcance de la lesión existen dos tipos de Ictus:

- Isquemia cerebral o Ictus Isquémico: En este caso, el problema se origina por una oclusión o taponamiento de un vaso sanguíneo, de manera que impide que el aporte de sangre a una determinada zona del cerebro sea suficiente, quedando esta parte sin oxígeno, dando lugar a una lesión cerebral. Este taponamiento del vaso puede deberse a dos razones:
 - Trombosis: tiene lugar cuando el material que obstruye el vaso sanguíneo se produce en él.
 - Embolia: se produce cuando el material que genera la obstrucción se origina lejos del vaso sanguíneo en el que tiene lugar el taponamiento, pero a través del torrente sanguíneo llega al vaso en cuestión provocando coágulos (Castellví et al., 2007).

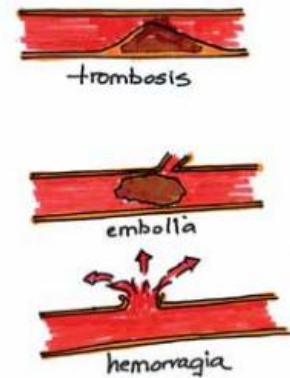


Ilustración 1. Trombosis, embolia y hemorragia

- Hemorragia cerebral o Ictus Hemorrágico: Este tipo de Ictus se origina cuando la lesión se produce por la rotura de un vaso sanguíneo, dando lugar a una acumulación de sangre en el interior del cerebro, ocasionando así una hemorragia o derrame cerebral.

Una de las causas que más prevalece en este tipo de Ictus es la hipertensión arterial, no obstante también pueden encontrarse otras causas como alteraciones en la pared de los vasos sanguíneos producidos por la hipertensión arterial, ateromatosis (formación de placas de ateroma en la pared de las arterias), cardioembolismo (formación de coágulos de sangre en las cavidades del corazón) (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 2014).

Con el fin de aclarar la diferencia entre ambos tipos, en la siguiente imagen se puede observar el cerebro cuando se produce un Ictus isquémico o un Ictus hemorrágico:

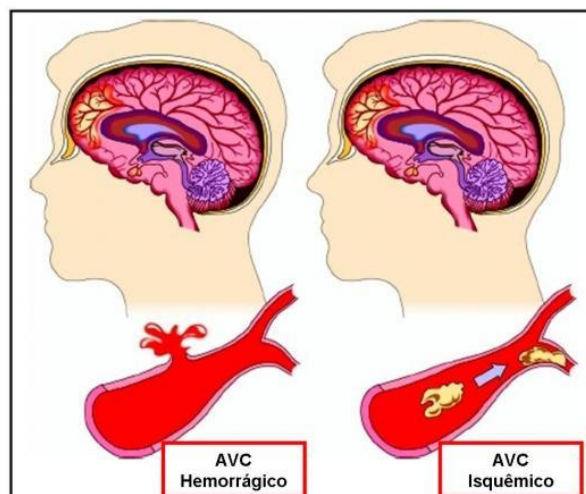


Ilustración 2. AVC Hemorrágico y AVC Isquémico

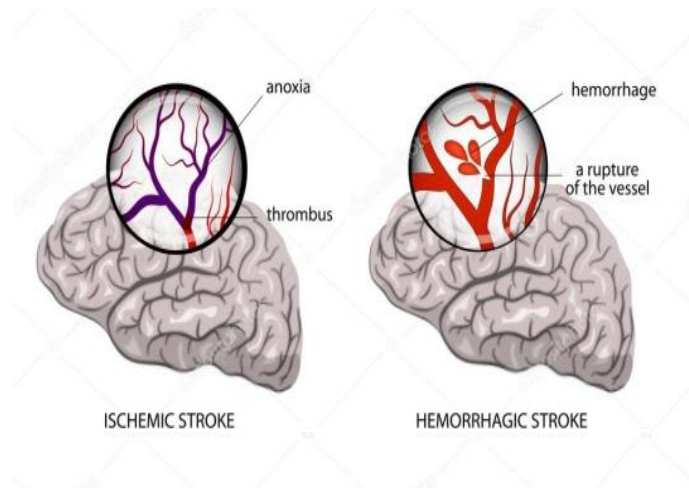


Ilustración 3. Tipos de Ictus

4.2. DETECCIÓN DEL ICTUS

Ante una enfermedad de esta magnitud, es muy importante que la población esté informada sobre las actuaciones que han de llevarse a cabo en caso de que una persona o familiar comienza a padecer síntomas propios del Ictus. El problema radica en que gran parte de la población desconoce cómo tratar esta enfermedad, por lo que consideramos de especial importancia exponer sus síntomas, así como el proceso a seguir cuando esta situación se presenta.

Cómo se señala en el “Programa de formación para la detección de ictus intrahospitalario dirigido a profesionales de enfermería”, el Ictus es una urgencia neurológica que implica establecer modelos organizativos de asistencia para efectuar una evaluación urgente del paciente, con el fin de aplicar el tratamiento adecuado. De este modo, con esta detección precoz se pretende disminuir la mortalidad.

Como causa de este intento de prevención precoz se creó el “Código Ictus”, que comprende desde la aparición de los primeros síntomas en atención primaria y urgencias, hasta llegar a las unidades de ictus donde los pacientes son atendidos por especialistas. (Protocolo de urgencias ictus, Protocolo de escalas de Ictus, Protocolo Enfermería, Código Ictus, 2013)

Antes de indagar en el “Código Ictus”, es importante conocer que en función del área del cerebro afectado, pueden producirse diferentes síntomas como: dificultad para hablar o entender, pérdida total o parcial de la visión, pérdida de memoria fuerza y debilidad, náuseas, problemas de coordinación y equilibrio. Estos son síntomas principales de personas que padecen un Ictus. Una identificación inmediata de éstos es fundamental para la evolución del enfermo, ya que de esta manera, si se trata la enfermedad desde el primer momento por profesionales, en la mayoría de los casos los pacientes alcanzan una total recuperación o , en su caso, con escasas secuelas. (Federación Española de Ictus, 2017).

En la siguiente imagen se visualiza de manera esquemática los principales síntomas de la enfermedad del ictus:



Ilustración 4.Síntomas del Ictus

Para comprobar y verificar si se produce un Ictus, existen tres pruebas al alcance de todos, las cuales determinan los indicios de una enfermedad cerebrovascular, éstas son:

- Dificultad en el habla: se debe pedir a la persona afectada que repita una frase sencilla y observar si el lenguaje es comprensible y si la entendemos cuando habla.
- Asimetría de los brazos: Si el afectado tiene molestia o fuerte dolor al levantar el brazo. Además si le cuesta levantarlo es una clara sospecha de que el paciente sufre un Ictus.
- Expresión facial (sonreír): en este caso la evidencia de presencia de enfermedad quedará clara cuando si la persona al sonreír presenta algún tipo de parálisis en la boca (ADISFIM, 2015).

Así pues, teniendo en cuanto los síntomas anteriormente descritos, si éstos aparecieran en la persona, debería contactarse lo antes posible con los servicios de emergencia para, intervenir de precoz, intentando reducir los posibles efectos negativos que puede conllevar. De esta manera, se activará el “Código Ictus”, con el aviso del problema del posible paciente.

Según el Servicio Madrileño de Salud (2013: 13), el “Código Ictus” se define como:

“Un procedimiento de actuación prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un Ictus, de posible naturaleza isquémica, con la siguiente priorización de cuidados y traslado inmediato a un Hospital con UI (Unidad de Ictus) de aquellos candidatos a beneficiarse de una terapia de reperusión y de cuidados especiales en la UI”.

Este código es fundamental ya que tiene como objetivo principal asegurar que el paciente se encuentre en una situación estable y sea trasladado en el menor tiempo posible a un centro hospitalario, con el fin de recibir el tratamiento oportuno y detener la evolución del Ictus a tiempo.

Así mismo, tiene como objetivos específicos: reducir el intervalo de tiempo entre el comienzo de los síntomas de un posible Ictus y un tratamiento adecuado en el caso de que dichos indicios fueran previos a tal diagnóstico. Además, se busca una mayor utilización de la trombolisis, así como una mayor atención de estas personas en unidades especializadas, tales como las Unidades de Ictus (Masjuan et al., 2010).

Por ello, tal y como se expone en el siguiente esquema, hay que tener unos criterios claros a la hora de proceder o no a la activación de dicho código:

ACTIVACIÓN	NO ACTIVACIÓN
Persona independiente (capaz de caminar, asearse y vestirse)	Persona dependiente previamente, que no es capaz de caminar, asearse o vestirse por sí sola, en su vida cotidiana
Tiempo de inicio de los síntomas menor de 8 horas o de inicio desconocido	No se cumple los criterios diagnósticos de ictus
Focalidad neurológica actual con presencia de alguno de los síntomas de alarma de ictus de instauración aguda	Evolución de los síntomas más de 8 horas

Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna de un hemicuerpo	Persona que esté en situación de enfermedad terminal
Dificultad para hablar o entender	
Pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos	
Cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos	
Dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación	

Fuente: Salud Madrid (2014) "Atención a los pacientes con Ictus en la Comunidad de Madrid".

Tabla 1. Síntomas del Ictus

4.3. PREVENCIÓN DEL ICTUS Y FACTORES DE RIESGO

Tal y como y señala la “Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud”:

“Se considera que la puesta en marcha de medidas eficaces de prevención puede evitar más muertes por Ictus que todos los tratamientos que se puedan llegar a adoptar una vez que la persona padece la enfermedad” (Matías-Guiu, 2009:37).

Así pues, adoptar medidas preventivas resulta ser más oportuno y eficaz que poner en marcha medidas paliativas una vez que ya se padece la enfermedad. Es decir, mantener un control y cuidado exhaustivo de los factores de riesgo ayuda a que la enfermedad no se desarrolle. En caso de desencadenarse la dolencia el paciente podría llegar al fallecimiento.

En la aparición del Ictus están implicados múltiples factores de riesgo. De esta forma, uno de ellos puede definirse como la característica biológica o hábito de vida que permite identificar a un grupo de personas con mayor probabilidad que los demás para presentar una determinada enfermedad a lo largo de su vida. La identificación de los factores de riesgo permite establecer estrategias y medidas de control ante esta enfermedad, ayudando de esta forma a su prevención (Irimia y Martínez-Vila, s.f.).

La importancia de identificar los factores de riesgo radica en la relevancia de la prevención de esta dolencia, por lo que para ello es necesario detectar y controlar todos los factores que pueden propiciar la aparición de una enfermedad de esta tipología.

Así pues, encontramos tres grupos en los que se han clasificado los factores de riesgo: Por un lado los factores modificables, es decir, aquellos que pueden ser controlados, mientras que por otro lado encontramos los factores de riesgo no modificables, esto es, aquellos sobre los que no se puede actuar. Además, existe un tercer grupo que son los potencialmente modificables. (Irimia y Martínez-Vila, 2000).

FACTORES DE RIESGO DE ICTUS ISQUÉMICO					
Factores modificables	Hipertensión arterial	Factores potencialmente modificables	Diabetes mellitus	Factores no modificables	Edad
	Cardiopatía		Homocisteinemia		Sexo
	Tabaquismo		Hipertrofia ventricular izquierda		Factores hereditarios
	Anemia de células falciformes				Raza/Etnia
	AITs previos				Localización geográfica

Fuente: Martínez-Vila, E. y Irimia, P. (2000) “Factores de riesgo del ictus”.

Tabla 2. Factores de riesgo de Ictus

De estos factores de riesgo, la edad y la hipertensión arterial son los más importantes y los que más influyen en la aparición de esta enfermedad cerebrovascular (ECV).

A continuación se hace una breve descripción de algunos de estos factores de riesgo que influyen en la aparición del Ictus:

- Edad y sexo: en relación a la edad, la incidencia de esta es mayor en personas de edad avanzada, superior a los 55 años (aunque también lo pueden sufrir personas más jóvenes). En cuanto al sexo, este es un factor que afecta más a hombres que a mujeres, siendo la incidencia del ictus un 30% superior en hombres que en mujeres. (Irimia y Martínez-Vila, 2000.).
- Realizar una dieta y estilo de vida saludable es fundamental para evitar accidentes cerebrovasculares. Para ello, se recomienda:
 - Reducir en la dieta el alto contenido en grasas de origen animal.
 - Comer fruta, pescado y vegetales con regularidad.
 - Reducir el contenido de sal en las comidas
- Realizar actividad física: el sedentarismo es una causa importante en las enfermedades de este tipo (Asociación Ictus de Aragón, 2016).
- Alcoholismo y tabaquismo: Hay que evitar, o en su caso reducir, el consumo de estas dos sustancias adictivas ya que suponen “uno de los principales riesgos para la salud del individuo, incluyendo la salud cardiovascular, y además, es la principal causa de morbi-mortalidad prematura y prevenible”(Villar, 2007).
- Reducir o mantener el peso corporal, pues un elevado peso aumenta la probabilidad de padecer Ictus.
- Reducir los anticonceptivos orales: este factor puede aumentar en mujeres fumadoras, o con diabetes y principalmente en mujeres mayores de 36 años (Martínez & Irimia, 2000).

Por otro lado, tal y como apunta la Asociación de Ictus de Aragón (2016), existen una serie de alteraciones que pueden incrementar el accidente cerebrovascular. Estas son:

- Hipertensión arterial: una persona con una tensión alta aumenta a gran escala las posibilidades de padecer ictus. Para reducir la presión arterial se aconseja modificar el estilo de vida, principalmente que este sea saludable. La recomendación es que la presión arterial se mantenga por debajo de 140/90 mmHg.
- Dislipemia: son alteraciones en sangre, como el aumento del colesterol en sangre. Para solucionar esta problemática, principalmente es como en la hipertensión, llevar un estilo de vida saludable.
- Diabetes: es el aumento de la glucosa en la sangre dañando así los vasos sanguíneos.
- Obstrucción de las arterias carótidas: es la acumulación de grasa en la arteria carótida, que es la arteria principal entre el corazón y el cerebro.

De este modo, podemos observar cómo la aparición de esta enfermedad puede verse determinada por factores incontrolables por el ser humano como la edad o el sexo, pero hay otros factores que, teniendo un control exhaustivo de ellos, pueden reducir o eliminar la aparición de este tipo de enfermedades.

Por último, uno de los factores que hasta día de hoy no hay mucha documentación al respecto es el clima y su relación con el Ictus. De todos los factores ambientales que afectan a la salud, la temperatura es uno de los más importantes y que más muertes provoca al año. No obstante, no sólo es la temperatura lo que

actúa sobre el organismo de una persona sino también otros factores meteorológicos como la presión, la humedad, el viento, entre otros, así como factores no meteorológicos como la contaminación química. Así pues, todos estos factores actúan sobre los individuos y sobre el estado de salud de las personas. (Villalón et al., 2016).

Para visualizar el impacto que causa los factores meteorológicos, en primer lugar nos vamos a centrar en analizar la distribución de ingresos por ictus, teniendo en cuenta el sexo, la edad y la época del año.

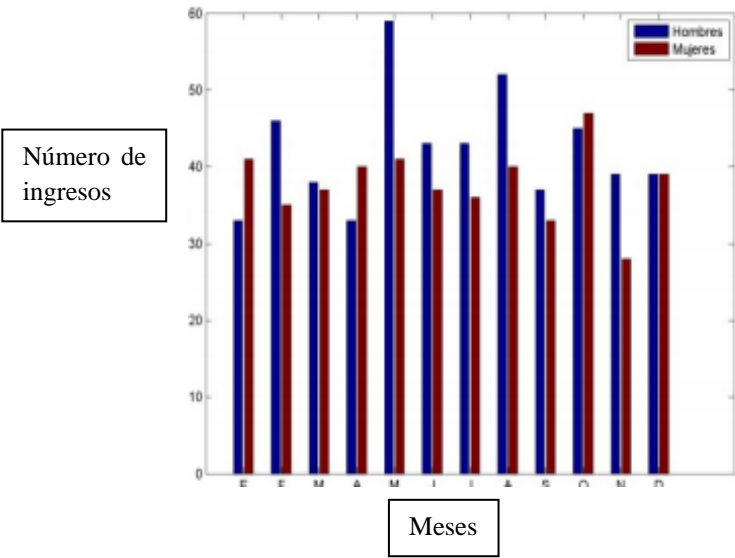


Gráfico 1

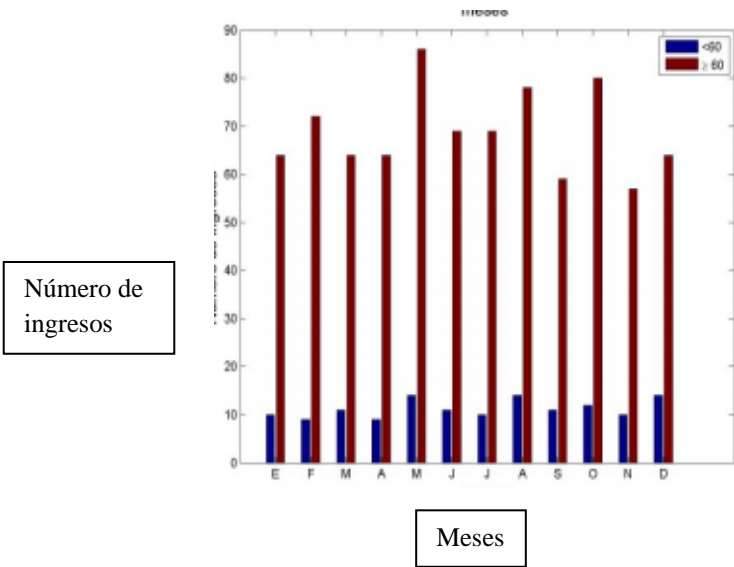


Gráfico 2

En las gráficas anteriores podemos observar una diferenciación entre el número de ingresos y los meses en los que éstos se producen en función del sexo (Gráfico 1), mientras que en la segunda gráfica se hace la misma comparación pero en este caso en función de la edad (Gráfico 2).

De esta manera, en cuanto a la primera gráfica:

- El número de ingresos por Ictus en los meses de mayo y agosto es mayor en hombres que en mujeres. No obstante, en los meses de octubre y enero son las mujeres las que más ingresan debido a esta enfermedad.
Hay que añadir que en el mes de diciembre el número de ingresos es similar.

Mientras que en la segunda gráfica:

- Observamos una clara diferencia, como hemos nombrado anteriormente, y es que el número de ingresos es claramente superior en personas mayores de 60 años, tanto en hombres como mujeres y bastante inferior en personas menores a esta edad.

4.4. SECUELAS COMO CONSECUENCIA DEL ICTUS

Como hemos comentado en apartados anteriores, una actuación rápida ante posibles síntomas de Ictus puede disminuir en gran medida las secuelas que tal enfermedad puede desencadenar.

Pero con esto no queremos decir que no vayan a aparecer consecuencias, puesto que puede darse una situación en la que o no se identifique la llegada de la enfermedad o a pesar de reconocer los indicios no puedan evitarse ciertas secuelas, ya sean leves o de mayor importancia. De lo que se trata es de reducir al máximo el grado de discapacidad y dependencia, entre otros aspectos, que pueden presentarse en el paciente tras sufrir un accidente cerebrovascular.

Así pues, las secuelas de esta enfermedad varían en función de varios factores, como la extensión y la zona de la lesión que ha sido dañada, así como la rapidez con la que se logra restablecer el riego sanguíneo y el estado de salud previo.

Según la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria (2009: 9) tras haber sufrido un Ictus, pueden ocurrir tres situaciones diferentes:

- “Recuperación casi inmediata, en varios minutos u horas. Es el caso de los ataques isquémicos transitorios, que generalmente no dejan secuelas.
- Recuperación en mayor o menor medida, en varias semanas o meses. Se precisa de rehabilitación, pudiendo dejar algún tipo de secuelas.
- Empeoramiento del paciente. Se debe a complicaciones añadidas a la enfermedad, como fiebre o infecciones” (Gracia y Nieto, 2009).

Así pues, algunas de las secuelas y trastornos más frecuentes recogidas en la Guía psicoeducativa para familiares de personas con daño cerebral adquirido (2013: 55-59, 61-65) son:

“1. Problemas físicos y sensitivos:

- Hemiparesia y hemiplejía: Pérdida de fuerza en la mitad del cuerpo contrario al de la lesión o parálisis total, respectivamente.
- Hipotonía muscular: debilidad generalizada en la mitad del cuerpo afectada por el ictus.
- Espasticidad: contracción de los músculos de la parte afectada del cuerpo.
- Alteración de la sensibilidad: sensación de hormigueo de la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo. Sensación dolorosa.
- Ataxia: dificultad para coordinar los movimientos, caminar y utilizar objetos.
- Incontinencia urinaria.
- Problemas visuales.

2. Trastornos cognitivos, de la memoria y del lenguaje:

- Afasia: trastorno del lenguaje que afecta a la expresión y/o comprensión del lenguaje oral y escrito.
- Disartria: dificultad de pronunciación de las palabras. Puede afectar a la postura, respiración, voz y musculatura orofacial.
- Disfagia: dificultad para tragar los alimentos.
- Orientación: afectación de las referencias temporales, espaciales y/o personales.
- Atención: enlentecimiento a la hora de procesar información o problemas para enfocar la atención.
- Praxias: limitaciones para realizar gestos.

- Reconocimiento sensorial: dificultad para reconocer objetos.
 - Memoria: dificultad para fijar, almacenar, consolidar recuperar información.
 - Funciones ejecutivas: problemas para planificar, concentrarse en una tarea, razonar o resolver problemas”
- (Complejo Hospitalario de Navarra, 2013).

4.5. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD

Creemos oportuno dedicar un apartado de este estudio a la discapacidad y dependencia dentro de la dolencia del Ictus ya que tal y como expone Prnoticias (2016):

“Las consecuencias del ictus suponen la primera causa de dependencia en adultos en España: déficits motores, sensitivos, visuales, alteración de la sensibilidad o trastornos del habla”.

Antes de introducirnos más en este tema, consideramos conveniente exponer alguna definición a cerca de ambos conceptos.

De esta forma, según la Real Academia Española (2018), una de las acepciones de la palabra dependencia es: “Situación de una persona que no puede valerse por sí misma”.

Una situación de dependencia conlleva una pérdida o ausencia de autonomía bien física, psíquica o intelectual, pudiéndose apreciar en diferentes áreas tales como: físicos y sensitivos, congénitos y memoria, lenguaje, estado de ánimo. Un trastorno en alguna de estas áreas puede conllevar un estado de dependencia de una persona (Fernández, 2010).

Entre las distintas definiciones de Discapacidad, la Organización Mundial de la Salud (2018) refleja:

“Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”.

Una situación de discapacidad conlleva que la persona que la sufre deba adaptarse a un nuevo estilo de vida, esto es, a una nueva situación. Deberá enfrentarse a cambios en diversas esferas, tales como en las relaciones así como en el mundo laboral.

El individuo en cuestión puede presentar todo un conjunto de emociones tales como: miedo, ansiedad, tristeza, depresión y desesperanza, entre otras (COCEMFE, 2014).

Podemos encontrar diversas publicaciones y artículos periodísticos los cuales tratan el tema de la discapacidad y la dependencia en el Ictus, aportando toda una serie de datos esclarecedores. De esta forma, alguna de las frases encontradas son:

“El 40% de las personas que han sufrido un Ictus en España sufre alguna dependencia funcional que le discapacita” (LaVanguardia, 2014).

Otro artículo publicado en el año 2013 de este mismo periódico establece que en España 130.000 personas aproximadamente al año sufren un Ictus, quedando cerca del 70% discapacitadas (LaVanguardia, 2013).

“El Ictus es la segunda causa de muerte, la primera en las mujeres. Es una enfermedad que ocasiona una gran discapacidad en los supervivientes, siendo la primera causa de dependencia en el mundo” (LaVanguardia, 2013).

Tras esta breve introducción damos paso a una pequeña descripción del procedimiento, así como de la documentación necesaria para poder iniciar los trámites del reconocimiento de la situación de discapacidad y dependencia.

Consideramos importante que tanto pacientes como familiares se informen, bien a través de los trabajadores sociales o de otros profesionales a cerca de estos trámites. Ser conocedores de ellos puede ayudar a mejorar la situación en el momento que se precise.

Dependencia

Antes de comenzar con la redacción del apartado decir que toda la información del mismo se encuentra en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006) y en la página web del Gobierno de Aragón .

En cuanto a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, supuso un gran avance en este ámbito.

Está formada por un total de 47 artículos, estructurada a través de diferentes Títulos y Capítulos.

Entre todos ellos queremos destacar el artículo 26, ubicado en el Capítulo III. La dependencia y su valoración. En dicho artículo quedan establecidos los Grados de dependencia, siendo su clasificación:

Grado I: Dependencia moderada	La persona precisa ayuda para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria, al menos una vez al día o cuenta con necesidades de apoyo intermitente o limitado
Grado II: Dependencia severa	La persona precisa ayuda para la realización de varias actividades pero no requiere de apoyo permanente o tiene necesidades de apoyo extenso
Grado III: Gran dependencia	La persona precisa ayuda para la realización de varias actividades, con pérdida total de la autonomía precisando de apoyo continuo o necesidades de apoyo generalizado.

Fuente: Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Tabla 3. Grados de dependencia

Con el fin de iniciar los trámites para el reconocimiento de la situación de dependencia, deberá acudir al Centro Comarcal o Municipal de Servicios Sociales, concertando una visita con el Trabajador Social, encargado de ofrecer toda la información necesaria.

Junto con la presentación de la solicitud deberán presentarse una serie de documentos:

Fotocopia del DNI del solicitante
En el caso de representante legal o guardador de hecho: fotocopia DNI
Documento acreditador de tutor legal de una persona incapacitada
Solicitante es menor de edad: fotocopia del Libro de Familia
Certificado de Empadronamiento (solicitante)
Informe de condiciones de salud

Añadir que previo a la instancia de la solicitud, los beneficiarios deben cumplir una serie de requisitos relacionados con la residencia en territorio español.

En relación al procedimiento, éste podemos estructurarlo mediante dos fases. En la fase primera se reconoce el grado de Dependencia del solicitante, siguiendo los siguientes pasos:

1. Registro de la solicitud.
2. Valoración de la situación de dependencia.
3. Resolución de grado.

En la segunda fase el procedimiento es:

4. Valoración técnica de los recursos más adecuados a la situación de dependencia y consulta a la persona en situación de Dependencia.
5. Resolución de aprobación de programa individualizado de atención (PIA).

Discapacidad

La información que se expone a continuación es extraída de la página web del Gobierno de Aragón.

De esta forma y en relación a la discapacidad, el reconocimiento de la misma “tiene como finalidad garantizar el acceso del ciudadano a los beneficios y recursos que los organismos públicos proporcionan a las personas con discapacidad” (Instituto Aragonés de Servicios Sociales, s.f.).

Para su reconocimiento se valoran las diferentes situaciones del ámbito de la salud física y mental (principalmente) que la ocasionan, así como los factores sociales que puedan llegar a actuar como obstáculos para la integración social de la persona en cuestión.

En cuanto a las personas que pueden solicitar esta valoración, deben de cumplir una serie de requisitos, además de que consideren encontrarse ante una situación de discapacidad de forma permanente.

Añadir que en el caso de iniciar este proceso, además de cumplir los requisitos deberá aportar una serie de documentos obligatorios tales como:

- Formulario de solicitud.
- Fotocopia del DNI del solicitante.
- Fotocopia de todos los informes médicos, psicológicos y sociales.

Debemos resaltar que es necesario como mínimo un porcentaje del 33 para que se otorgue el reconocimiento de la discapacidad, optando de esta forma a la posibilidad de beneficiarse de las ayudas y prestaciones asistenciales para estas personas.

Entre las ayudas y prestaciones más habituales son: adaptación del acceso a la vivienda, ayudas técnicas, tarjeta de aparcamiento, prestaciones no contributivas y ayudas técnicas, entre otras.

De la misma forma, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales garantiza a las personas con discapacidad el acceso al Catálogo de Servicios Sociales establecido en la Ley 5/2009 de Servicios Sociales de Aragón.

En cuanto al proceso de valoración, una vez que se comprueba la veracidad de la documentación aportada, el Centro de Atención a la Discapacidad correspondiente mandará un comunicado al solicitante en el que se exponga la hora y el lugar al cual debe acudir para la realización de la valoración. Finalmente, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales será el encargado de dictar la resolución final del grado de discapacidad.

4.6. NECESIDADES

Consideramos oportuno dedicar un apartado a las necesidades, pues cuando nos referimos a ellas no solo pensamos en los pacientes sino también en los familiares, así como cuidadores que pueden rodear al enfermo en cuestión.

De esta forma, en relación al paciente, destacaríamos la rehabilitación, como pieza fundamental para su recuperación, no solo física sino también social. En cuanto a los familiares y cuidadores, debemos tener presente que esta situación puede resultar extremadamente nueva y agobiante, por lo que se sientan perdidos y desbordados. Pero además, dichos familiares resultan de gran ayuda y relevancia en la recuperación del paciente. Es por ello, que llegado este punto consideremos importante la figura del trabajador social, puesto que creemos que puede desempeñar una labor importante tanto con los familiares como con el propio paciente.

Por ello, dedicamos a continuación un apartado a cada una de las figuras nombradas.

4.6.1. REHABILITACIÓN EN EL ICTUS

Una vez que el paciente de Ictus ha superado la fase aguda de la enfermedad, comienza una de las etapas clave para la recuperación, la Rehabilitación, que es un “programa de cuidados y tratamiento que ayudan a las personas a recuperarse de un accidente o enfermedad” (Fernández y López de Muniaín, 2014).

Este proceso de rehabilitación es limitado, y el objetivo principal que persigue es prevenir algún tipo de dificultad sobrevenida y reducir el déficit neurológico con el fin de recuperar, en la medida de lo posible, la autonomía, así como la reinserción familiar y sociolaboral. Es conveniente que la rehabilitación se inicie de forma precoz, en el momento en el que el paciente se encuentra en la fase aguda, hospitalizado. (Murie-Fernandez, et al., 2010)

Tal y como señala la Federación Española de Daño Cerebral (s.f.), la rehabilitación tras un Ictus tiene tres fases: fase aguda, subaguda y crónica.

- **Fase aguda:** se inicia cuando el paciente ingresa en el centro hospitalario a través de la UCI o de la Unidad de Ictus, con el objetivo de salvar la vida y disminuir las secuelas con las intervenciones necesarias para que el Ictus disminuya. A continuación, lo más importante es estabilizar al paciente y para ello se le traslada a planta, y es en este momento cuando comienza con la rehabilitación, pero en esta etapa simplemente es física y cambios posturales. Sin embargo, esta rehabilitación es transitoria, ya que en el momento en el que el paciente no requiera de más cuidados médicos se le dará el alta hospitalaria.

Concretamente, en esta fase el tratamiento se basa en:

- “Hidratación de la piel
- Cambios posturales cada 3-4 horas
- Mantener el cuerpo bien alineado y en posición funcional
- Movilizar extremidades.”(Sánchez, s.f.).

- **Fase subaguda:** en esta fase, en función de las necesidades y secuelas de cada persona, comienza la rehabilitación específica de daño cerebral. El tiempo estimado de rehabilitación suele ser de una media de 6 a 18 meses, aunque es prolongable.

En esta fase, según Sánchez (s.f.), el tratamiento que se ofrece a los pacientes es específico y las medidas generales que se adoptan son: educación postural, estimular la participación del paciente y cuidadores en las Actividades Básicas de la Vida Diaria, así como orientar a la familia en el manejo del paciente.

-Fase crónica: esta rehabilitación se inicia "una vez que las secuelas se han estabilizado y no hay mejoría con la rehabilitación" (Sánchez, s.f.). En esta fase la atención se centra básicamente en el ámbito de lo social, ya que se tiene como objetivo:

- Mantenimiento de las mejoras logradas durante la rehabilitación
- Mejorar la integración social y la autonomía personas de la persona con daño cerebral ofreciéndole estrategias para su día a día.

En esta fase crónica, los recursos más adecuados son las residencias, centros de día, centros especiales de empleo y pisos tutelados.

De esta forma, encontramos una serie de actuaciones y objetivos que se pretenden conseguir y alcanzar a través de esta actividad. Entre ellos, puede destacarse la implicación en la prevención de la enfermedad, así como el tratamiento de dificultades impuestas por la situación, tales como dolores, caídas o enfermedades mentales. Además, se pretende conseguir a través de esta rehabilitación, mejorar la calidad de vida del paciente, siendo de apoyo tanto en el ámbito emocional como en el desempeño de sus actividades de la vida diaria (Fernández y López de Muniaín, 2014).

En definitiva, conseguir el máximo nivel posible de autonomía personal debe ser el objetivo final de todo proceso de rehabilitación. Este proceso debe iniciarse desde el primer momento, esto es, en la fase aguda del Ictus, y una vez puesta en marcha es necesaria su continuidad, así como diversos ajustes en base a la evolución del paciente. La gran mayoría de los casos evolucionan favorablemente, pero una vez transcurrido el período de rehabilitación deben mantenerse terapias de rehabilitación orientadas a preservar la mejoría conseguida. (Federación Española de Daño Cerebral, s.f.).

A lo largo de todo el proceso de recuperación, como hemos mencionado, los profesionales del equipo rehabilitador deben valorar de forma continua al paciente con el fin de medir el progreso y realizar modificaciones en las diferentes terapias (Fernández y López de Muniaín, 2014).

De este modo, podemos concluir que el tratamiento rehabilitador es un proceso activo, que precisa de la colaboración del paciente en su propia recuperación. Así pues, este proceso debe centrarse en la persona con daño cerebral y en sus necesidades. La familia debe estar informada en todo el proceso e implicarse en el mismo como un miembro más del equipo rehabilitador (Federación Española de Daño Cerebral, s.f.).

Para poder valorar y llevar a cabo este proceso, existen actualmente una serie de métodos y técnicas, como:

- Método Bobath: son técnicas que influyen sobre las alteraciones del tono muscular y del movimiento de los pacientes con parálisis cerebral.
- Método Brunnstrom: se centran en iniciar el movimiento que el paciente es incapaz de producir voluntariamente.

Una de las técnicas que más se utilizan es "La Escala de Rancho Los Amigos" (Anexo 6) que da seguimiento a los pacientes a lo largo de su recuperación de una lesión cerebral traumática. Concretamente proporciona una descripción detallada de ocho estadios de función cognitiva por los que pasan los pacientes durante su estancia en el hospital. Se utiliza principalmente para valorar la conciencia que tiene un paciente de sí mismo y del entorno y la competencia conductual (Gómez, 2014)

Para conseguir y llevar a cabo todo lo mencionado, es necesario un equipo de profesionales, constituido por:

- Médicos rehabilitadores. Estos se encargan de evaluar al paciente, realizar un pronóstico de recuperación funcional y establecer las directrices del tratamiento. Indican el tratamiento médico y farmacológico.
- Logopeda. Este es el encargado de evaluar y tratar las dificultades en el lenguaje, expresión y comprensión verbal. También se ocupa de la reeducación en los problemas de deglución (dificultad para tragar), así como en dificultades de memoria, cálculo, concentración.
- Fisioterapeuta. Es el profesional encargado de mantener y mejorar la movilidad del paciente, prevenir y tratar las articulaciones, las contracturas y deformidades, etc...
- Terapeuta ocupacional. Se encarga de enseñar y entrenar la postura y función del miembro superior, intentando conseguir la máxima funcionalidad, cuando es posible con el uso sutil de la mano afectada (Fernández y López de Muniaín, 2014).

Todos estos profesionales trabajan en los procesos de rehabilitación, junto a otros como: psicólogos, trabajadores sociales de los hospitales, centros de salud y servicios sociales, técnicos orto-protésicos. Así mismo, durante la rehabilitación puede consultarse a otros profesionales como neurólogos o psiquiatras. De forma continua, todo este conjunto de especialistas se reúnen para redefinir objetivos, prevenir y tratar los problemas que vayan apareciendo y determinar el alta cuando la rehabilitación ya no es necesaria.

4.6.2. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA EN EL DAÑO CEREBRAL

Como bien hemos mencionado en el apartado anterior, una de las fases más importantes al padecer un Ictus es la rehabilitación. Esta fase resulta fundamental para el paciente, pues es sumamente importante la recuperación tanto física como psíquica, por lo que no solo hablamos de una rehabilitación y recuperación a nivel físico u orgánico. Esta intervención en el ámbito más personal del paciente puede ayudarle positivamente en la recuperación, bien sea total o parcial, de las habilidades que puedan haberse visto afectadas tras la dolencia.

El enfermo durante esta fase, precisará de la intervención y ayuda de profesionales del campo de la medicina (médicos, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, así como trabajadores sociales) para rehabilitar todas sus funciones básicas. Sin embargo, además de esta ayuda profesional y especializada, también es muy importante el papel que juega la familia del paciente, ya que ésta puede contribuir desde el principio a la recuperación.

Para explicar la importancia del papel que tienen los familiares a la hora de rehabilitar a un enfermo de Ictus, vamos a tomar como referencia la guía de “Como estimular a su familiar con daño cerebral” (2013). En dicha guía se especifican una serie de pautas a seguir por la familia para ayudar al enfermo a volver a centrar su atención, recibir sensaciones y experiencias que le retornen en la medida de lo posible a la normalidad. Entre estas recomendaciones, destacamos las de crear un entorno adecuado, estimular sus sentidos, ayudarle a realizar movimientos de forma adecuada, así como favorecer la simetría facial, estimular el lenguaje, estructurar su pensamiento y reorganizar su conducta. De esta manera, lo que se va a conseguir es potenciar la máxima autonomía del afectado.

Como queda latente, la figura del familiar resulta fundamental en la recuperación del enfermo. Su papel comienza en el momento en el que el familiar afectado se encuentra hospitalizado, esto es, en la fase aguda del Ictus. No obstante, el familiar puede llegar a padecer estrés por la carga que supone ocuparse de una persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, por lo que debemos tener en cuenta esta situación y trabajar con ella, apoyando de igual forma a los familiares.

Por último, añadir que los familiares de pacientes afectados de Ictus no están solos, pues en el momento de la hospitalización pueden contar con la ayuda de los médicos así como con las orientaciones a cerca de recursos, asociaciones y pasos a seguir recomendados por los trabajadores sociales del mismo hospital. Una vez el paciente se encuentra fuera del ámbito hospitalario, los familiares y allegados del mismo pueden seguir contando con la ayuda de organizaciones y entidades centradas y especializadas en ayudar y orientar, con el objetivo de hacer más fácil la adaptación a esta nueva situación (Fundación Dacer, 2013).

4.6.3. PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

La figura del trabajador social en el ámbito sanitario es, como ya hemos explicado, sumamente importante e imprescindible para poder garantizar al paciente una atención integral. No sólo a nivel biológico y psicológico, sino también abordando el aspecto social de cada persona, es decir, las circunstancias personales y el entorno de cada individuo.

A la hora de atender a un paciente, el médico es quien conoce el estado físico y mental de los pacientes, pero a su vez es un gran desconocedor de las circunstancias personales que rodean al paciente y que afectan de manera directa o indirectamente en la salud de las personas. Mientras que, gracias a la labor del trabajador social, se dispone de una información más completa y detallada, pues además de disponer de conceptos relacionados con la salud, también es conocedor de la información a nivel social, consiguiendo así proporcionar una atención integral, esto es, tanto a nivel físico, psicológico y social (Colom, s.f.).

Tomando como referencia la definición de Amaya Ituarte (2012):

“El trabajo social sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud – enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como derivan de ellas”.

Queda en claro que la misión del trabajador social sanitario, como profesional integrante del equipo asistencial, es aportar la valoración social y del entorno del paciente enfermo, así como establecer

estrategias de intervención en la prevención de la salud y abordar con cautela la problemática sociofamiliar del paciente o familia, para de esta manera garantizar una atención integral a la población. (Castrillo Alonso et al., 2013).

Así pues, en la actualidad, tal y como señalan Castrillo Alonso et al. (2013) la salud ha adquirido una perspectiva biopsicosocial, lo que ha dado lugar a que el trabajador social sanitario, contando con la colaboración del resto del equipo multidisciplinar, centre su atención y función en desarrollar las capacidades psicosociales de los pacientes, permitiendo y favoreciendo un abordaje integral de su situación personal. De esta forma, desde el trabajo social, se ayudará no solo a hacer partícipes y conocedores a los pacientes de los propios recursos personales, sino también de todos aquellos recursos disponibles y accesibles en la sociedad en la que el individuo se desarrolla. Dicho de otro manera, según Arroyo Valente et al. (2012):

“El objetivo del trabajo social en esta área es identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población derechohabiente a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades”.

Podemos encontrar una amplia gama de funciones generales del Trabajador Social Sanitario, entre las que consideramos oportuno destacar:

1. Identificar los factores de riesgo sociales que afectan a la salud del individuo y su entorno familiar.
 2. Orientar a las personas y sus familias sobre las indicaciones de atención del sistema de salud.
 3. Gestionar recursos internos y externos del paciente que aporten una mejora en el individuo.
 4. Fomentar cambios en las dinámicas personales y colectivas, potenciando estilos de vida saludables.
- (Acosta et al., 2012).

Así pues, todo este se resume en que los trabajadores sociales en el campo de la salud desarrollan funciones tales como: prevención, capacitación, investigación e identificación de factores que desembocan en problemas sociales, promoción social, planificación de alternativas la modificación de necesidades sociales así como la administración de recursos y programación de programas sociales (Rodríguez, 2017).

5. METODOLOGÍA

5.1. INTRODUCCIÓN

En este apartado queremos exponer, en primer lugar, una serie de referencias las cuales nos han servido para aclarar y enmarcar todos aquellos conceptos relaciones con la metodología de una investigación, esto es, tipo de investigación, tipo de muestra, así como técnicas e instrumentos.

En la segunda parte de esta apartado metodológico pasaremos al análisis del contenido obtenido a través de la realización de entrevistas a diferentes profesionales del trabajo social.

5.2. OBJETIVOS

En una investigación cualitativa, al igual que en una cuantitativa, debemos fijar una serie de objetivos. En nuestro caso, hemos establecido dos objetivos generales, los cuales a su vez, se subdividen en objetivos específicos, con el fin de poder alcanzar dichos objetivos generales.

1. Conocer las actuaciones desde el trabajo social en la fase de hospitalización en relación a un accidente cerebrovascular
Conocer el tratamiento e intervención que se da a los pacientes con Ictus desde el trabajo social.
Conocer el tratamiento e intervención con los familiares desde el ámbito del trabajo social hospitalario.
Estudiar si existe contacto con agentes externos al hospital en el período de la intervención hospitalaria.
2. Estudiar las similitudes y discrepancias en la intervención por parte de los trabajadores sociales de los diferentes centros hospitalarios en relación con pacientes de Ictus.
 - 2.2. Analizar y comparar las respuestas obtenidas en las entrevista.
 - 2.3. Identificar aspectos de mejora en el tratamiento e intervención tanto con familiares como con pacientes.

5.3. TÉCNICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS

En primer lugar, expresar que la elección de una técnica u otra no se establece por una única razón, sino que se analizan toda una serie de criterios tales como: tiempo disponible, recursos accesibles, conocimiento acerca del tema investigado, etc. (Campoy y Gomes, 2009).

Toda investigación, independientemente del método en el que se base, tienen dos actividades centrales y fundamentales. Por un lado, toda la recogida de información que se considere necesaria y suficiente para el posterior análisis, por otro lado, una organización de la información logrando coherencia y lógica en su contenido (Martínez, 2006).

El diseño cualitativo deberá ser abierto y flexible a las modificaciones que puedan ir surgiendo a lo largo del estudio. Puede que hechos o acontecimientos imprevistos sean beneficiosos por su aporte de información (Serbia, 2007).

Una investigación cualitativa evita la cuantificación, mientras que la investigación cuantitativa lo que busca es un análisis de los datos en relación a unas variables. Con ello, los investigadores cualitativos realizan registros de los relatos obtenidos tras la utilización de diferentes técnicas, como puede ser la observación participante o entrevistas (Fernández y Pértegas, 2002: 1).

En este tipo de investigaciones (cualitativas) es posible trabajar con un número reducido de unidades de observación, con muestras pequeñas no aleatorias, la elección de una muestra puede llegar a ser muy exhaustiva e incluso, en determinadas situaciones, llegar a trabajar con un único caso, lo que no exime la realización de un estudio/investigación con un número elevado de participantes (Martínez-Salgado, 2011; Martín-Crespo y Salamanca, 2007).

Cada una de las unidades será seleccionada teniendo en cuenta la información que deseamos conseguir y la que nos puede ofrecer, por lo que este procedimiento se llevará a cabo de forma detallada e intencional, conociéndose este proceso como muestreo de juicio, intencional o selectivo (Martínez-Salgado, 2011).

Para la elección de la muestra resultan de interés, según Martín-Crespo y Salamanca, tres grandes dimensiones: el tiempo, las personas y el lugar y contexto. En esta tercera gran dimensión, argumentan que el comportamiento de los individuos puede variar en función del entorno en el que se encuentran (Martín-Crespo y Salamanca, 2007).

El material que nos aporta este tipo de investigación gira en torno a las motivaciones profundas de las personas, sentimientos, pensamientos, emociones, así como una identificación profunda de las realidades o aspectos que dan razón y significado a un comportamiento.

Por ello, podemos establecer que este tipo de investigación proporciona respuestas de mayor profundidad, por lo que al disponer de una información más amplia podremos optar a una mayor comprensión del fenómeno que estamos interesados en investigar (Campoy y Gomes, 2009).

Por lo general, una investigación cualitativa no tiene como objetivo final la generalización de los resultados y conclusiones obtenidas (Martín-Crespo y Salamanca, 2007).

Según Martínez (2006: 132) en relación a la generalización de las conclusiones expone:

“El enfoque cualitativo no tiene pretensiones de alta generalización de sus conclusiones, sino que, más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en una institución, en una empresa, en una escuela o en un grupo o comunidad particular; aunque, evidentemente, al comparar varias investigaciones, se irá logrando un nivel más alto de generalizaciones”.

Por último, no debemos olvidar el importante papel del investigador, tanto en el momento del registro y del análisis de los datos y relatos, como en la elaboración de los resultados obtenidos. En este último momento el investigador puede introducir de forma involuntaria matices subjetivos, por lo que debemos estar siempre atentos y pendientes de que este hecho no ocurra, pero del mismo modo tenerlo presente como hecho que no puede dejarse de lado y se encuentra presente (Martínez-Salgado, 2011).

Añadir que, por lo general, las técnicas cualitativas son menos costosas a nivel económico que las técnicas cuantitativas, contando además con una mayor flexibilidad en su aplicación así como ejecución más rápida. Todo ello sin olvidar el vínculo que podemos crear con los sujetos, en este caso con los profesionales que accedan a formar parte de nuestra investigación (Campoy y Gomes, 2009).

Daremos por concluida la investigación cualitativa cuando hayamos obtenido material suficiente como para poder iniciar el proceso de categorización o clasificación, lo que a su vez nos permita realizar un buen análisis e interpretación de los datos, pudiendo concluir con los resultados finales (Martínez, 2006).

En relación a la utilización de métodos cuantitativos no se han planteado críticas ni oposiciones, mientras que, por el contrario, los métodos cualitativos cuentan con numerosas críticas instauradas en la ausencia de objetividad o la falta de validez (Campoy y Gomes, 2009).

Términos como comprensión frente a explicación o cualidad frente a cantidad (Alvira, 1983).

A pesar de todo ello, la investigación cualitativa en la actualidad cuenta con mayor peso, puesto que también se han resuelto cuestiones que la limitaban (Campoy y Gomes, 2009).

Con todo ello, cada uno de los enfoques y de las investigaciones cuenta con puntos tanto positivos como negativos, ya que ninguna de ellas está libre de debilidades.

Una de las mayores diferencias que podemos encontrar es el tipo de información obtenida a través de una u otra metodología.

Encontramos un gran número de documentos los cuales incluyen información acerca de los puntos tanto negativos como positivos de ambos métodos. A modo de resumen, mostramos en la siguiente tabla alguna las diferencias más significativas entre la investigación cualitativa y cuantitativa.

Investigación cualitativa	Investigación cuantitativa
Centrada en la fenomenología y comprensión	Basada en la inducción probabilística del positivismo lógico
Observación naturista sin control	Medición penetrante y controlada
Subjetiva	Objetiva
Inferencias de sus datos	Inferencias más allá de los datos
Exploratoria, inductiva y descriptiva	Confirmatoria, inferencial, deductiva
Orientada al proceso	Orientada al resultado
Datos "ricos y profundos"	Datos "sólidos y repetibles"
No generalizable	Generalizable
Holista	Particularista
Realidad dinámica	Realidad estática

Fuente: Fernández y Pértegas, 2002.

Tabla 4. Investigación cualitativa VS Investigación cuantitativa

Consideramos que ambas técnicas o métodos no son opuestas, sino que ambas pueden complementarse, pudiendo llegar a lograr un gran resultado en una investigación. “Las ventajas de utilizar los dos métodos a la vez pueden ser notables” (Abalde y Muñoz, 1992: 97).

Con toda esta información, establecemos que nuestra investigación es de carácter cualitativo, pues como bien plasmamos en los objetivos, nuestro fin es conocer más de cerca y profundizar tanto en las actuaciones de los trabajadores sociales en el ámbito hospitalario con pacientes que han padecido daño cerebral y sus familiares, así como estudiar las similitudes y discrepancias en la intervención por parte de los trabajadores sociales de los diferentes centros hospitalarios en relación con pacientes de Ictus.

Es por ello que consideramos que, basándonos en toda la información aquí expuesta, la técnica cualitativa es la que más se amolda a nuestro proyecto, resultando así la correcta para tal finalidad.

Por último, añadir que nos centramos en una investigación descriptiva, pues lo que perseguimos es estudiar y describir las características y comportamiento de un grupo de sujetos, sin buscar relaciones de causa-efecto (Martínez, s.f.)

5.4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

A continuación mostramos una síntesis de las técnicas más empleadas en la investigación cualitativa, explicando posteriormente aquellas que consideramos que pueden ayudarnos en nuestra investigación:

- Observación participante/ participativa.
- Grupo nominal.
- Técnica Delphi.
- Entrevista semiestructurada.
- Entrevista en profundidad.
- Grupos de discusión.
- Historia de vida (Martínez, 2006; Campoy y Gomes, 2009).

En relación a la entrevista semiestructurada: nos formamos impresiones del interlocutor a través de la comunicación no verbal así como de la comunicación verbal.

Uno de los propósitos de la utilización de este tipo de entrevista es obtener descripciones de las personas entrevistadas en base al sentido de la investigación (Kvale, 1996).

La entrevista en profundidad es definida como la técnica más empleada.

En uno de los textos utilizados para la comprensión de esta técnica, Campoy y Gomes (2009: 288) encontramos las siguientes palabras:

“Cada vez más se va utilizando la entrevista en profundidad, también conocida como cualitativa, no estructurada, abierta o no estandarizada.

En la metodología cualitativa, la entrevista en profundidad se entiende como los encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y el entrevistado, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto de su vida, experiencias o situaciones vividas”.

El texto continua estableciendo una similitud entre la entrevista en profundidad y la observación participante, añadiendo que “tienen mucho en común [...] pero se diferencian en el escenario y situaciones en los que tiene lugar la investigación” (Campoy y Gomes, 2009: 289).

Tras realizar una revisión de las diferentes técnicas nombradas al comienzo de este apartado, hemos apostado por realizar nuestra recogida de datos a través de entrevistas. Nos basamos en entrevistas semiestructuradas, pues hemos elaborado una serie de preguntas las cuales consideramos que pueden cubrir la información necesaria para llevar a cabo la investigación y nuestros objetivos en cuestión. Las cuestiones realizadas son abiertas, es decir, el entrevistador puede expresar su punto de vista y expresar toda aquella información que considere precisa.

Estas cuestiones nos servirán para centrar el tema, lo que no significa que no estemos dispuestos a recoger toda información adicional. De esta forma, este tipo de entrevista permite relacionar respuestas del informante con otras que van surgiendo y apareciendo a lo largo del encuentro, dando lugar así a nuevas preguntas y cuestiones no planteadas inicialmente en el guión.

Para ello, hemos realizado una búsqueda bibliográfica, con el fin de orientarnos y conocer los diferentes aspectos que debemos tener presentes, tanto en su elaboración como en su puesta en escena.

5.5. ENTREVISTA

Consideramos oportuno dedicar un apartado a esta técnica de recogida de datos ya que es la que vamos a utilizar en nuestra investigación. Esto hace que debamos documentarnos más a fondo en ella, con el simple objetivo de prepararnos para la puesta en marcha del trabajo de campo.

De esta forma, esta sección va a comenzar con una conceptualización del término, siguiendo con la explicación de diversos aspectos a tener en cuenta a la hora de elaborar una entrevista.

La entrevista podemos entenderla como una situación en la que dos o más personas, normalmente de manera presencial, llevan a cabo un acto comunicación e intercambio de información (Mayer y Ouellet, 1991; Taylor y Bogdan, 1996; López y Jean-Pierre, 2011).

También podríamos definirla como un método en el que a través de la comunicación verbal se obtiene información en relación a un tema de interés (Grawitz, 1984; Aktouf, 1992; Mayer y Ouellet, 1991).

Con esta técnica, lo que se busca es que, a través de las preguntas e intervenciones del investigador, el entrevistado hable y se sumerja en una conversación en la cual dé a conocer información, así como nos ayude a comprender y definir la realidad del fenómeno que buscamos estudiar e investigar. En este sentido, puede decirse que no se busca una relación entre el investigador y el entrevistado, sino que lo que se persigue es información exterior a los dos participantes (López y Jean-Pierre, 2011).

Encontramos diferentes clasificaciones de las entrevistas, pues por ejemplo, un autor menciona la posibilidad de clasificarlas según el grado de libertad y el nivel de profundidad.

Según Grawitz, la posibilidad de entrevistas quedaría de la siguiente manera:

- Entrevista clínica psicoanalítica o psiquiátrica.
- Entrevista profunda.
- Entrevista de respuestas libres y entrevista centrada.
- Entrevista de preguntas abiertas.
- Entrevista de preguntas cerradas (Grawitz, 1984).

Uno de los aspectos importantes a destacar es la relevancia de un buen estudio bibliográfico previo a la realización de las entrevistas. Con esta acción conoceremos mejor las características que debemos buscar en nuestros entrevistados, así como hipótesis, investigaciones anteriores y una base teórica. Añadir que estas revisiones son recomendables realizarlas a lo largo del proceso de la investigación, así como con diferente intensidad. Pues bien, al comienzo de nuestra investigación será suficiente con una lectura la cual nos permita hacernos una idea general y, de esta forma, realizarnos nuestro esquema sobre aquello que queremos tratar y trabajar. Posteriormente, la indagación deberá ser de mayor intensidad y exhaustividad (López y Jean-Pierre, 2011). A pesar de ello, “si el investigador considera que es más útil para él trabajar inicialmente en la biblioteca que ir al trabajo de campo, él deberá hacerlo” (López y Jean-Pierre, 2011: 6).

En cuanto a la elaboración o no de las preguntas. Elaborar un esquema que nos permita no caer en el olvido y pasar por alto temas importantes para nuestra investigación puede resultar de gran utilidad. No obstante, no es aconsejable que éste no sea flexible, puesto que a lo largo de un encuentro pueden surgir temas relacionados con nuestro estudio pero no previstos en dicho esquema, lo que nos permitirá un nuevo conocimiento añadido (López y Jean-Pierre, 2011).

Pero no solo hay que enfocarse en la elaboración de las preguntas, sino también debemos prestar atención a nuestras propias capacidades, entre ellas: la capacidad de inspirar confianza, de mantener el interés por la información que nos están trasladando o la capacidad de no intervenir en momentos que no lo requieren, empatía, no considerar las respuestas como concluyentes, entre otras (Mayer y Ouellet, 1991; Tembray 1968).

Así, añadir la importancia de la comunicación verbal y no verbal como los ojos, la mímica, la expresión facial, movimientos, gestos, acento o tono de voz. Un buen análisis de la comunicación no verbal puede servirnos de gran ayuda a la hora de comprender y precisar el sentido de las palabras emitidas por nuestro entrevistado (Martínez, 2006).

En relación a los sujetos participantes de las entrevistas, López y Jean-Pierre (2011: 5), exponen que “en la investigación social todos los sujetos son válidos si ellos logran enseñarnos algo”. De esta forma, escogeremos un número de participantes que creamos que nos pueden transmitir la información necesaria, pero no sabremos el número total hasta el final, pues lo que nosotros marcamos inicialmente puede verse modificado por la no colaboración de algunos sujetos.

En el momento de la obtención de la información no solo tenemos que centrarnos en los sujetos entrevistados, sino también en otra serie de factores, tales como el espacio en el que vamos a realizar el intercambio de información. Es importante desarrollar la entrevista en un lugar en el que pueda suceder de forma tranquila y con la mínima interferencia de ruidos u otros agentes externos, incluyendo también la asistencia de personas que puedan distraer. Lo más importante es la adaptación al lugar y situación (López y Jean-Pierre, 2011).

En relación al uso o no de aparatos tales como la grabadora, decir que no hay consenso en relación a si su uso es acertado o no. Por un lado, hay investigadores que prefieren su ausencia, pues consideran que los sujetos se cohiben ante ella, por lo que no se recogería toda la información posible. Pero por el otro lado encontramos a investigadores que están a favor de su uso, argumentando que contribuyen a una mayor concentración en la entrevista, ya que no tienes que tomar notas y memorizar datos.

De esta forma, la transcripción podrá ser de dos formas: plasmando aquello que nuestra memoria recuerda del encuentro o trasladando al papel la información recogida con la grabadora (López y Jean-Pierre, 2011).

Por último, añadir que un aspecto importante es la presentación ante el futuro entrevistado. Para ello, es recomendable realizarla tanto de forma escrita como oral, exponiendo el objetivo de la investigación así como las razones y motivos de la elección de su participación en la investigación. Además, es importante recalcar que la información es de mero carácter académico, por lo que los datos no serán utilizados con ningún otro fin (López y Jean-Pierre, 2011).

Como hemos mencionado al comienzo de este apartado, esta técnica es la pieza fundamental de nuestra investigación, puesto que vamos a realizarla a diferentes trabajadores sociales ejerciendo dentro del ámbito hospitalario, con el fin de conseguir información y analizarla posteriormente pudiendo cumplir con nuestros objetivos establecidos al comienzo de este proyecto.

Se trata de una entrevista semiestructurada, pues por lo explicado y recopilado en la revisión bibliográfica consideramos que es la más acertada. De esta forma, partimos de un guión realizado por nosotros mismos el cual puede verse cumplimentado por información aportado por los entrevistados y no diseñada e incluida en dicho guión.

Así, consta de catorce preguntas, organizadas por temáticas en seis bloques diferentes (Anexo 1).

En un principio contamos con que la realización de éstas será en los lugares de trabajo de los trabajadores sociales, facilitando por nuestra parte el desplazamiento y acordando con ellas la mejor hora para su realización. Por ello, este aspecto, entre otros, quedará recogido en el apartado de “Análisis del contenido”. En todo este proceso, deberemos tener en cuenta todo lo aprendido en la revisión de documentos teóricos, como la comunicación verbal y no verbal, así como la presentación de nosotros mismos como entrevistadores e investigadores. Para ello, hemos enviado un e-mail el cual explica el porqué de la elección de los participantes así como los objetivos de la investigación. De nuevo, añadir que este aspecto será explicado en el apartado anteriormente mencionado y que, de igual manera que la entrevista, queda reflejado en el Anexo 2.

5.6. MUESTRA

En relación a la muestra, decir que ésta ha sido seleccionada en función de la información que deseamos obtener para la consecución de los objetivos, tanto generales como específicos.

Según Serbia (2007: 134), la decisión muestral “puede estar orientada por criterios que dependerán de las características particulares de cada estudio”.

Principalmente, según Martínez, existen dos tipos de muestra.

- Muestra estadística.
- Muestra intencional, siendo aquella que se elige en base a unos ciertos criterios considerados necesarios o convenientes (Martínez, 2006).

De esta forma, nos hemos centrado en un grupo específico y reducido de casos, pero no consideramos que esto sea impedimento para nuestra investigación, ya que como hemos reseñado en la definición y características de la investigación cualitativa, lo que buscamos es ahondar en las perspectivas, pensamientos y relatos de los diferentes sujetos entrevistados. Con ello lo que pretendemos es conocer, a través de las preguntas y su posterior análisis, una realidad o más bien, una pequeña parte de una realidad.

En principio, los participantes son trabajadores sociales del ámbito hospitalario público de la Comunidad Autónoma de Aragón, los cuales trabajan y tienen algún tipo de contacto tanto con pacientes como con familiares afectados por un accidente cerebrovascular. Por ello, hablamos de una muestra de carácter intencional, ya que ésta es seleccionada en base a unos criterios.

Añadir que “el diseño de la muestra no se conoce al inicio, sino una vez que la indagación a culminado” (Martínez-Salgado, 2011: 617). Por ello, estos datos que adjuntamos a continuación pueden verse modificados por diversas razones.

Así, la muestra inicial quedaría de la siguiente manera:

- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: una trabajadora social.
- Hospital Universitario Miguel Servet: una trabajadora social.
- Hospital Royo Villanova: una trabajadora social.
- Hospital de Barbastro: una trabajadora social.
- Hospital General San Jorge (Huesca): una trabajadora social.
- Hospital Obispo Polanco (Teruel): una trabajadora social.
- Hospital de Alcañiz (Teruel): una trabajadora social.

Finalmente, tras la realización de las entrevistas, la muestra quedó de la siguiente manera:

- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: una trabajadora social.
- Hospital Universitario Miguel Servet: una trabajadora social.
- Hospital Royo Villanova: una trabajadora social.
- Hospital General San Jorge (Huesca): una trabajadora social.
- Hospital Obispo Polanco (Teruel): una trabajadora social.
- Hospital Comarcal de Alcañiz (Teruel): una trabajadora social.
- Hospital Ernest LLunch Martín (Calatayud): una trabajadora social.

5.7. PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionado el tema del trabajo en cuestión y, tras una pequeña revisión bibliográfica sobre diferentes temáticas, efectuamos una exploración más detallada de libros, artículos, páginas web de internet y revistas. De esta forma, teniendo un conocimiento más amplio del tema tratado redactamos los objetivos centrales de la investigación, razón que hace tener sentido a este escrito.

Así, redactamos las diversas preguntas de la entrevista, con sus respectivas modificaciones, hasta llegar al modelo final expuesto en el apartado de Anexos (2). A su vez, pensamos y seleccionamos la muestra a la que queríamos realizar la entrevista, hecho que también nos ayudó a redactar las cuestiones. Tras estos pasos, buscamos la forma de ponernos en contacto con los diferentes profesionales, siendo finalmente mediante correos electrónicos.

Como carta de presentación redactamos un escrito explicando y detallando los objetivos de nuestra investigación, así como los motivos de la importancia de la colaboración y participación de los trabajadores sociales seleccionados. Al mismo tiempo, redactamos un documento mediante el cual el profesional autoriza que la entrevista sea grabada, siempre con un fin académico.

Con el objetivo de presentarnos, al menos de forma verbal, realizamos llamadas telefónicas a gran parte de las profesionales, previas a las entrevistas personales. Posteriormente, realizamos las entrevistas con los desplazamientos pertinentes para poderlas llevar a cabo.

Para poder analizar una información más exacta elaboramos un escrito para solicitar el permiso de grabación de la entrevista, de esta forma en el momento de los encuentros no tuvimos que coger notas ya que la información transmitida por los profesionales estaba siendo grabada.

Una vez conseguida y recabada la información, procedimos a la transcripción de los encuentros y con ello al análisis de los datos emergentes del trabajo de campo. Finalmente, con todos los datos pensados, ordenados y analizados redactamos una serie de conclusiones junto con las dificultades encontradas a lo largo de todo este proceso.

6. ANÁLISIS DEL CONTENIDO

En esta parte final del trabajo exponemos un análisis de la información obtenida a través de las entrevistas que, como queda descrito en el apartado anterior de “Entrevista”, finalmente ha sido realizada a siete profesionales de los diferentes hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón, teniendo todos ellos en común el trato con pacientes y familiares con accidente cerebrovascular.

Antes de proceder a dicho análisis, creemos conveniente explicar la estructura que sigue la entrevista realizada a cada una de las trabajadoras sociales.

De esta forma, para la elaboración de las preguntas, nos hemos basado en toda la información recopilada en los apartados anteriores de este mismo trabajo, sirviéndonos como base para estructurar la entrevista. En primer lugar, decir que las preguntas que la componen quedan agrupadas en diferentes bloques, y cada uno de estos versa sobre un tema, estando todos ellos relacionados con la temática principal, esto es, la atención a los familiares y pacientes que han padecido un Ictus. De este modo, en el primer bloque, nos centramos en la recogida de información de carácter general, puesto que el objetivo es introducir la entrevista y, de esta forma, iniciar un diálogo de carácter informativo con el profesional en cuestión.

En el segundo bloque, centramos nuestra atención en preguntas relacionadas con las funciones básicas del trabajador social ante un paciente que ha sufrido un Ictus, así como los familiares que le rodean. En este apartado, no sólo fijamos la atención en esto, sino también en la fase de rehabilitación, así como indicaciones proporcionadas por el profesional.

En el siguiente bloque (tercero), realizamos preguntas en relación al número de personas ingresadas con Ictus que recurren a los servicios del trabajador social en la fase de hospitalización, así como una investigación sobre el medio en el que el profesional recibe un caso, esto es, si es por iniciativa del propio paciente o familiares, o bien por derivación del caso por parte del equipo de salud.

Mientras tanto, el bloque IV se centra en conocer la existencia o no del contacto con asociaciones externas al hospital que se dedican a trabajar con pacientes que han sufrido un daño cerebral, así como la recomendación de las mismas a pacientes y familiares.

Tal y como hemos podido comprobar a través de la revisión bibliográfica, por norma general, los pacientes que han sufrido un Ictus, anteriormente a éste, contaban con autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Por ello, tras sufrir un accidente cerebrovascular se encuentra, en gran parte de los pacientes, una gran afectación tanto física como psíquica. Debido a esta información deseamos corroborarla a través de la indagación en la discapacidad o dependencia que causa esta dolencia en dichos pacientes.

Tras recopilar todos estos datos por parte de los entrevistados y con el fin de terminar este bloque preguntamos por el papel del profesional en el equipo multidisciplinar.

Para concluir con la entrevista, planteamos que el trabajador social exponga, en el caso de tenerlos, una serie de cambios tanto internos (dentro del hospital) como externos a éste (prestaciones, asociaciones, etc...).

Consideramos oportuno matizar que tras la realización de la primera entrevista, debíamos modificar el enfoque de alguna de las preguntas. De esta forma, decidimos eliminar un subapartado de una de las cuestiones pues creímos que no era necesaria ya que la pregunta en sí nos aportaba la información

suficiente. Otro de los cambios en la entrevista fue ampliar una de las preguntas del Bloque V con el fin de mejorar la comprensión de lo cuestionado, pues nos dimos cuenta que la pregunta no era comprendida por las profesionales.

Con esta organización de las preguntas y bloques, pretendemos conseguir datos e información que van de lo general a lo específico. Consideramos que, de esta forma, el profesional se involucra de forma progresiva en el desarrollo de la entrevista, pudiendo ir de unos datos que puedan resultarle más fáciles de explicar a una información más detallada y específica.

Para proceder al análisis de los datos en cuestión, consideramos que una buena forma de hacerlo es la siguiente: comenzar con una investigación de los datos obtenidos en cada una de las preguntas, siendo éstas analizadas de forma general, destacando posteriormente diferencias y similitudes encontradas en los diferentes argumentos de los profesionales. Con ello, perseguimos conseguir uno de los objetivos generales de este estudio.

De esta forma, podremos obtener ideas generales de cada uno de los bloques, haciéndonos así con ideas relevantes en relación a cada uno de los temas tratados.

Con el objetivo de finalizar esta investigación, expondremos un apartado plasmando aquellas conclusiones y aspectos que extraemos de todo el análisis de la información recopilada de los diferentes encuentros.

Antes de comenzar con el análisis, creemos conveniente añadir que cada una de las entrevistas ha sido transcrita, con el fin de realizar una interpretación más exhaustiva y precisa de la información obtenida, lo cual consideramos que nos ha facilitado el análisis de cada una de las preguntas, lo que a su vez conlleva la interpretación de cada uno de los bloques.

Así mismo, no sólo nos quedamos con la realización de las entrevistas y las transcripción de las mismas, sino que las grabaciones las escuchamos varias veces para así cerciorarnos que no nos dejábamos datos importantes para su posterior análisis.

Recibimos la aprobación por parte de todas las profesionales para poder grabar la entrevista, mediante la firma del documento facilitado a las profesionales, pero en una de las visitas nos encontramos con la negación de una de las trabajadoras sociales, a pesar de aportarle este mismo escrito. Esto nos llevó a cambiar el método de recogida de información realizando una serie de anotaciones a lo largo de la entrevista de aquella información que consideramos que debía ser analizada junto con el resto de los datos obtenidos en los diferentes encuentros.

Otro de los aspectos que debemos señalar es que todas las entrevistas las llevamos a cabo de forma personal, esto es, acudiendo a cada uno de los lugares donde el profesional desempeña su trabajo. Consideramos que este es un buen método ya que permite no sólo analizar los datos obtenidos sino también la forma de transmitirlos, pudiendo así fijar la atención no sólo en la comunicación verbal, sino también en la comunicación no verbal. Además esta técnica permite realizar aclaraciones de las diferentes preguntas realizadas a la persona entrevistada, así como la introducción de nuevos temas y cuestiones no planteados en el guión inicial.

Sin embargo, una de las entrevistas no pudimos realizarla de forma presencial, puesto que tras concertar varias citas, en la final, la trabajadora social nos comunicó el día anterior a la misma que le era imposible acudir a la cita, resultando complicado volver a concertar un nuevo encuentro. Por ello, la profesional contestó a las preguntas de forma escrita, facilitándonos posteriormente esta información mediante un archivo enviado a través de un correo electrónico.

6.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A partir del trabajo de campo iniciamos una comparación y diferenciación entre los datos emergentes del análisis realizado anteriormente. El procedimiento seguido va a ser el que hemos mencionado en las páginas anteriores (bloques y preguntas). Además, con el objetivo de preservar la identidad y confidencialidad de cada uno de los profesionales, asignamos un código en forma de letra a cada uno de ellos. Esto nos posibilita citar textualmente frases dichas por los trabajadores sociales, lo que a su vez permite que las comparaciones entre las informaciones puedan ser evidenciadas, dando de esta manera un mayor vigor al análisis.

Así mismo, con el fin de no tener que nombrar a lo largo de todo el análisis los diferentes hospitales, adjuntamos una tabla en la cual cada uno de ellos tendrá asignado un número de identificación. De esta forma, a lo largo de la comparación de los datos usaremos dichos números en lugar de los nombres de los hospitales participantes en la investigación.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	1
Hospital Royo Villanova	2
Hospital Universitario Miguel Servet	3
Hospital Comarcal de Alcañiz	4
Hospital San Jorge (Huesca)	5
Hospital Ernest Lluch Martin (Calatayud)	6
Hospital Obispo Polanco (Teruel)	7

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Hospitales participantes

Tras todas estas explicaciones relacionadas con la metodología, la entrevista y su estructura, así como recogida de información, comenzamos con el análisis de los datos obtenidos siguiendo el esquema planteado.

6.1.1. BLOQUE I

Tratamiento de las personas con ictus desde el Trabajo Social

En relación a la primera pregunta, decir que ésta es de carácter general, interesándonos por el enfoque del tratamiento de las personas con Ictus desde el trabajo social. Encontramos dos maneras diferentes por parte de los profesionales a la hora de abordar esta primera cuestión. Por un lado, aquellos profesionales que centran la atención en las características de los pacientes y con ello sus necesidades, por lo que a su vez estas respuestas están muy ligadas con la primera pregunta del segundo bloque. Por otro lado, las otras respuestas de los profesionales, se enfocan desde la posición del trabajador social y las actividades concretas que desempeñan ante un paciente con una dolencia de Ictus.

De esta forma, en el primer grupo obtenemos respuestas tales como:

Sujeto C: "El trabajo se enfoca pensando que son personas que previo al ingreso, tenían cierta calidad de vida, eran autónomas para las Actividades Básicas de la Vida Diaria. Aquí es donde interviene el trabajador social".

Sujeto D: "Se enfoca desde la prevención, promoción y la investigación de las causas que provocan la enfermedad, la formación, coordinación y atención a personas y familias".

Del mismo modo, otro de los sujetos comenta que en muchos de los casos se interviene en la fase aguda y posteriormente en la unidad de hospitalización para:

Sujeto G: "Valoración, diagnóstico y tratamiento social para planificar el alta hospitalaria y determinar el destino del paciente".

En el otro grupo, el sujeto del hospital 1, señala que el paciente acude al centro una vez que ha sufrido el accidente cerebrovascular, por lo que las primeras horas son primordiales, monotorizando al paciente. Por ello, la labor del trabajador social, en muchas de las ocasiones, es la contención emocional de los familiares, ya que el paciente puede que no sea consciente de la situación. En otra de las entrevistas, entendemos que el enfoque depende de las secuelas que puedan preverse en el paciente, ya que de esta forma se informará tanto a la familia como al enfermo de unas ayudas y trámites u otras. En este caso, en la planta de neurología hay dos trabajadoras sociales, la que se encarga de la planta general y la ubicada en la Unidad de Valoración Sociosanitaria. De esta forma, dependiendo del caso y de la situación clínica será valorado por una u otra. Si el paciente se prevé que vaya al Hospital San Juan de Dios, será asumido desde la Unidad de Valoración, sino es así será valorado por la trabajadora social general. Mientras que en el Hospital 7, la profesional señala que no hace intervención específica con pacientes de Ictus, sino que interviene como con cualquier otra patología.

Desde el Hospital 4, la profesional nos comenta que se trata de un centro pequeño sin UCI, lo que da lugar a que en algunos casos no vea a los pacientes pues son enviados a Zaragoza para la intervención necesaria. En el caso de ser tratados por Unidad de Trabajo Social, el enfoque se dirige de manera integral.

En esta pregunta las diferencias y similitudes encontradas en las respuestas de los diferentes profesionales quedan agrupadas según la perspectiva del enfoque del tratamiento de las personas con Ictus desde el trabajo social.

Particularidades del trabajo desempeñado con personas que han sufrido un Ictus

En relación a las particularidades que desempeña el trabajador social con personas que han sufrido un Ictus, no encontramos mucha información al respecto en las respuestas de los profesionales. No obstante, señalar que los profesionales dan importancia al conocimiento de las capacidades del paciente previas al accidente cerebrovascular. Otra de las particularidades que encontramos es la relevancia de explicar y hacer entender a la familia que según el grado de lesión que presente el paciente, costará más o menos trabajo la recuperación de las diferentes áreas afectadas. Por último, respecto a esta cuestión, añadir que la sujeto G señala que:

"Necesitan mucho acompañamiento y apoyo emocional para asimilar la nueva situación y plantear opciones de rehabilitación" (Sujeto G).

Una vez analizadas estas dos preguntas que conforman el primer bloque de nuestra entrevista, llegamos a la conclusión de que en la primera cuestión observamos que hay una diferencia mayor en las respuestas de los diferentes profesionales, mientras que en la segunda esto es, las particularidades, hay mucha más unificación en sus contestaciones.

6.1.2. BOQUE II

Principales funciones del trabajador social ante un caso de una persona que ha sufrido un Ictus

Comenzando con la primera pregunta del segundo bloque, tratamos de analizar cuáles son las principales funciones del trabajador social ante un caso de Ictus. En el hospital 2 la profesional lleva a cabo con todos los pacientes de Ictus una serie de pasos, siendo:

1. "Verificar si hay historia clínica y ver los datos (si ha estado ingresado o ha sido intervenido).
2. Entrevista de valoración con el paciente, familias y otras personas. Recogida de indicadores.
3. Recogida de información de otras fuentes (servicios sociales, dependencia, ayuda a domicilio).
4. Se ofrece orientación e información. Búsqueda de residencias, centros de día y otros recursos necesarios.
5. Gestión y coordinación.
6. Elaboración de diagnóstico." (Sujeto C)

En otra de las entrevistas, obtuvimos que las funciones se basan en ofrecer acompañamiento a las familias, facilitar orientación e información, apoyo emocional, hacer accesible la gestión de recursos de apoyo. Así mismo, el sujeto D expresa:

"Una de las funciones es potenciar los valores positivos y recursos de la propia familia" (Sujeto D).

Los profesionales transmiten la realización del estudio sociofamiliar, así como la recabación de información de todas las áreas de la vida de la persona e identificación de dificultades y potencialidades.

Respecto a esta cuestión, la sujeto G añade:

"Coordinación con trabajadoras sociales de atención primaria de salud y Servicios Sociales; elaboración de plan de intervención; coordinación con el equipo asistencias; planificación del alta hospitalaria y seguimiento de los casos que lo necesiten tras el alta hospitalaria" (Sujeto G).

El sujeto B expresa que en muchas ocasiones:

"Los familiares no están para recibir mucha información por lo que es más un trabajo de acompañamiento y de primer contacto tanto con la familia, como con el paciente. La información se da en la medida en la que ellos la quieren" (Sujeto B).

¿Existe contacto directo con los pacientes?

En relación a la existencia o no del contacto de los profesionales con los pacientes, todos los sujetos entrevistados coinciden en que sí que tienen contacto directo con los pacientes, pero no en la totalidad de los casos, ya que no siempre es posible debido a la afectación que pueda cursar el paciente (afasia). Además, en algunos casos como añade la profesional C:

"La familia acude al trabajador social cuando se les da el alta hospitalaria, sólo acuden a pedir información y orientación, por lo que con el paciente ya no se tiene contacto" (Sujeto C).

"Los pacientes son pieza clave de nuestro trabajo" (Sujeto D).

Los profesionales acuden a las habitaciones y realizan seguimiento casi diariamente, con el objetivo de apoyar y valorar las necesidades.

Intervención con la familia

En el caso de la intervención con los familiares y las indicaciones prestadas, todos los entrevistados vuelven a coincidir en sus repuestas, expresando que son una parte fundamental en todo este proceso. En el caso del Hospital 3, la profesional aclara:

"Los pasos los van marcando la familia" (Hospital 3).

Refiriéndose a la información que pueden ir recibiendo.

"Algunos asumen esta información rápido y otros tardan más tiempo" (Hospital 3).

A pesar de ello, no hay que olvidar que estamos hablando de hospitales de agudos y de corta estancia, por lo que los pacientes no pueden estar semanas ingresados sin un objetivo clínico claro.

Con la familia también se realiza la valoración de la situación, se detectan necesidades y, en base a ello, se facilita información en torno a recursos y servicios, así como información del posible hospital de rehabilitación al que vaya a acudir el paciente.

Por otro lado, otra parte importante con la familia, es el apoyo emocional y acompañamiento, ya que tal y como refiere el sujeto C:

"Se encuentra en fase de impacto negativo y desbordados por el cambio radical de la situación, no saben cómo van a afrontar esta nueva etapa" (Sujeto C).

Igualmente el sujeto G añade:

"Se realiza una valoración conjunta del destino al alta en función de la situación sociofamiliar y económica. También se presta información de cara a la rehabilitación" (Sujeto G).

En este sentido el sujeto D expresa:

"La familia es el núcleo fundamental que se ve obligada a cambiar su dinámica, roles y funciones ocasionando un estado de confusión desorganización, estrés y sobrecarga, esto es un cambio brusco que afecta de forma súbita a todas las esferas de la vida de las personas" (Sujeto D).

Papel del trabajador social durante la fase de hospitalización

El papel del trabajador social durante la fase de hospitalización podríamos resumirlo, tras el análisis de la información, como el conjunto de las principales funciones, contacto con los pacientes e intervención con la familia y coordinación con los diferentes profesionales sanitarios, así como con otros recursos. En el caso del Hospital 4, la profesional refiere que en algunas comarcas, al no haber profesionales en los centros de salud, tiene más contacto con los familiares y pacientes al alta hospitalaria.

El sujeto D añade a lo anteriormente explicado que durante la fase de hospitalización es importante:

"Planificar correctamente el alta hospitalaria garantizando una continuidad de cuidados"(Sujeto D)

En algunas ocasiones no hay familia, o ésta no es un interlocutor válido, por lo que depende de cada caso.

¿Desempeña alguna función el trabajador social durante la fase de rehabilitación?

Mientras que en la fase de rehabilitación, en el hospital 3 al haber más trabajadoras sociales el trabajo está más dividido. De esta forma, para el proceso de rehabilitación hay una trabajadora social encarga de atender las demandas y solicitudes de los pacientes y familiares que lo precisen.

Sin embargo, el resto de profesionales entrevistados presentan respuestas similares. Al ser hospitales agudos, desempeñan su función en la fase de hospitalización, entonces tras este período se pierde el contacto. En algunas ocasiones, el seguimiento se realiza de manera informal, esto es, contactando con trabajadores que tienen información más actualizada del paciente, pero no de forma general en todos los pacientes sino en casos aislados.

Añadir que cada centro hospitalario solicita traslado para rehabilitación a su hospital de referencia, siendo esta su principal diferencia entre las respuestas de los profesionales entrevistados. El Sujeto G explica:

"Elaboro el informe social y coordino los informes de medicina interna y de rehabilitación para la solicitud y realizo el seguimiento hasta que admiten el traslado" (Sujeto G).

El sujeto D señala la importante función de que haya una continuidad de cuidados al alta, lo que conlleva apoyo emocional y aprendizaje de los nuevos roles. Además, considera importante contar con recursos externos y empresas privadas que posibiliten la descarga de los cuidadores, siendo este hecho fundamental durante el ingreso.

Para terminar con este bloque, procedemos al análisis de las similitudes y diferencias de las respuestas obtenidas en las diferentes preguntas. De esta forma, en la primera pregunta del bloque no encontramos diferencias significativas, pues cada uno de ellos coincide en la importancia de proporcionar información, orientación y apoyo emocional tanto a los familiares como pacientes, así como las coordinaciones necesarias con los diferentes profesionales. Por ello, consideramos que las diferentes respuestas se complementan unas con otras.

En relación al contacto directo con los pacientes, como hemos comentado en el párrafo anterior, no hayamos diferencias relevantes, ya que todos los sujetos responden que sí tienen contacto directo con los pacientes. No obstante, podemos destacar las palabras de algunos de ellos en relación a la imposibilidad de poder tener este contacto debido a la situación clínica del paciente en cuestión.

En cuanto a la intervención con la familia, de nuevo todos coinciden en que se trata de una pieza fundamental en todo este proceso. En cuanto al contacto mantenido con los familiares no hay diferencias entre los profesionales, puesto que todos ellos consideran importante el apoyo emocional así como la proporción de información necesaria y la evaluación de las necesidades.

Por último, resaltar las declaraciones de alguno de los sujetos, que no son diferencias sino ampliación de la información, añadiendo que en algunos casos no hay familiares o éstos no son válidos.

En relación al apartado de la fase de hospitalización lo más significativo son las similitudes que se obtiene de las respuestas. No hablamos de nuevo de una dificultad, sino de una aclaración, en el sentido de que algunos entrevistados reseñan la importancia de planificar el alta hospitalaria.

En esta última cuestión encontramos más diferencias que consideramos oportunas exponer. En el Hospital 5, consideramos que la profesional puso un mayor énfasis en la importancia de la continuidad de los cuidados hecho que, a nuestro parecer, no fue tan resaltado en el resto de las entrevistas. Por otro lado, en el hospital 3 el planteamiento es diferente ya que existe una trabajadora social para el proceso de rehabilitación hospitalario.

Al margen de estas diferencias, el resto de las respuestas tienen una gran coincidencia en el hecho de que hay poca participación por parte de la figura del trabajador social en el proceso de rehabilitación, ya que por lo general los pacientes son derivados a otros hospitales.

6.1.3. BLOQUE III

Mediante las preguntas de este bloque tratamos de conocer el número de personas con ictus en relación a las ingresadas con esta misma dolencia, que recurren a los servicios del trabajo social. Así como, ahondar en la forma en la que los casos son conocidos por los profesionales sociales.

Número de personas con ictus que recurren a los servicios de trabajo social en relación al número total de pacientes ingresados con esta misma dolencia

En relación a esta cuestión, el hospital 1 comenta que acaba viendo a todos los pacientes ingresados, al igual que el hospital 4, que refiere que prefiere verlos a todos desde el primer momento. Mientras, en el hospital 5 la profesional refiere ver un 15% del total de los casos afectados por un accidente cerebrovascular. En el caso del sujeto C, el número de casos de ictus atendidos por el trabajador social asciende a 41 de un total de 340 casos abiertos. En el hospital 3, la profesional expone que entre ella y su compañera de Unidad de Valoración Sociosanitaria atienden a todos los casos o a una gran parte de ellos.

Los pacientes o sus familias, ¿acuden por iniciativa propia o por derivación del equipo de salud?

En cuanto a los pacientes y familiares atendidos que acuden al servicio de trabajo social, nos preguntamos si lo hacen por iniciativa propia o por derivación del equipo de salud. Tras el análisis de la información recogida, observamos que la mayoría de los entrevistados refieren que los casos atendidos les llegan tanto por la demanda de los propios familiares, como por derivación de los profesionales.

"Alguna vez vienen los propios pacientes pero no suele ser el caso. En esta situación son pacientes con afectación mínima. Suelen venir mas los familiares o por interconsulta" (Sujeto A).

"Entre familias y médicos queda repartido equitativamente, porque muchas veces los médicos ya consideran que va a ser un traslado para convalecencia" (Sujeto c).

Sin embargo, el sujeto D transmite que:

"Hay pacientes que nos solicitan por iniciativa propia, pero normalmente son los especialistas quien nos invitan a conocernos" (Sujeto D).

El sujeto G, además de corroborar lo anterior, señala:

"También a través de otros profesionales de servicios sociales o de atención primaria de salud. Lo más común es derivado por el equipo asistencial seguido de iniciativa propia" (Sujeto G).

El sujeto F, señala que acuden por derivación del equipo de salud ya que:

"Los familiares no nos visitan porque están un poco agobiados" (Sujeto F).

Por último, el sujeto B añade que normalmente suele ser por derivación de médicos:

"Trabajo más por petición del neurólogo, aunque también el boca a boca" (Sujeto B).

Como conclusión de este tercer bloque, decir que en relación a las personas atendidas por Ictus, los datos no son homogéneos ya que en cada uno de los encuentros nos ofrecieron un porcentaje o número aproximado de pacientes.

En el caso de la última pregunta de este apartado, a groso modo podemos decir que la opinión se encuentra dividida en dos grupos. Por un lado aquellos que consideran que iniciativa propia y derivación del equipo de salud se dividen el porcentaje de forma equitativa, mientras que el otro grupo, considera que el conocimiento de los casos se da en mayor medida por derivación del equipo salud antes que por iniciativa propia de los familiares o pacientes.

De esta forma, llegamos a la conclusión de que ninguno de los profesionales indica la iniciativa de pacientes y familiares como forma de conocer los casos.

6.1.4. BLOQUE IV

Contacto con asociaciones y recomendación de las mismas

Mediante este bloque nos adentramos en el tema de las asociaciones, en concreto, por el contacto que mantienen con las mismas así como si existe o no recomendación de ellas.

Nos llama la atención las declaraciones del sujeto F:

"Yo les comento que hay asociaciones, pero considero que todos los recursos han de ser públicos, por lo que las recomiendo pero no tengo mucho contacto" (Sujeto F).

En el caso del Hospital 6, la profesional expone que sí ha tenido contacto con asociaciones, pero añade que:

"La realidad es que en este Sector muchos pacientes son personas mayores, viven en pueblos pequeños alejados de la capital y no les viene bien acudir a los servicios que prestan las asociaciones en Zaragoza.

Algunos profesionales nos nombraron asociaciones tales como AENO, AIDA. El sujeto A refiere que si queda información sobre las asociaciones "pero contactar con ellos para ver si el perfil del paciente encaja se realiza en pocos casos" (Hospital 6).

Por último decir en relación a la presencia de las asociaciones en los hospitales, el Sujeto A comenta que años atrás había mayor información, ya que integrantes de las asociaciones acudían al hospital para prestar información. Actualmente esta actividad no sucede con regularidad establecida. En el Hospital 2 existe la "Guía para pacientes y cuidadores. Ictus", siendo facilitada a todos los pacientes y familiares. En ella aparece información sobre asociaciones y recursos.

Con toda esta información concluimos que todos los profesionales afirman recomendar las diferentes asociaciones dedicadas a estos pacientes y temática, manteniendo contacto únicamente con dichas asociaciones en casos y momentos puntuales que así lo precisen.

Sin embargo, como diferencia, destacar el contacto con asociaciones por parte del Sujeto B, ya que el resto de profesionales dicen no mantenerlo, salvo en determinados momentos como bien hemos comentado anteriormente.

6.1.5. BLOQUE IV

En este bloque queremos ahondar en el tema de la discapacidad y dependencia, como consecuencia de esta dolencia, así como el papel de los profesionales en el equipo multidisciplinar.

Discapacidad y Dependencia

Analizando la información, obtenemos que existe unanimidad en las respuestas de los profesionales. De esta forma, todos ellos coinciden en que un número elevado de los pacientes, en mayor o menor medida, presentan discapacidad y/o dependencia tras el accidente cerebrovascular.

Por motivos de la demora en la valoración y resolución de la situación de dependencia y/o discapacidad, los profesionales optan por ofrecer la información y documentación necesaria para la tramitación, a pesar de que en teoría es necesaria la estabilidad de las secuelas para poder iniciar dicho proceso. No obstante, debe de valorarse cada caso de forma particular y dependiente.

En el caso de que el paciente acuda a rehabilitación no procederá iniciar esta documentación, ya que la situación del paciente puede cambiar en varios meses.

Esta situación cambia si nos referimos a los hospitales 4, 5 y 7 ya que el tiempo de valoración y resolución de la valoración de la discapacidad y/o dependencia es menor que en el resto de los hospitales pertenecientes a la provincia de Zaragoza. Por ello, no es recomendable iniciar los trámites desde la fase de hospitalización, ya que puede que en el momento de la valoración el paciente puede que no cuente con estabilidad en relación a las secuelas provocada por la dolencia.

Papel del trabajador social en el equipo multidisciplinar

En cuanto al papel del trabajador social en el equipo multidisciplinar, encontramos diferencias en la información analizada. De esta forma, el sujeto F explica:

“Tengo buena coordinación ya que son los que le derivan los casos, estando en constante contacto, con el objetivo de poder comentar la información de los pacientes” (Sujeto F).

De igual forma el sujeto D dice pertenecer al equipo de manera estrecha.

Sin embargo, el Sujeto G expone que:

"A nivel práctico en el Hospital no funciona el equipo multidisciplinar. Son mas actuaciones independientes" (Sujeto G).

De la misma forma, el resto de profesionales participantes dicen comentar la evolución e información más relevante, acerca de la situación del paciente, pero no participar en las reuniones del equipo, bien porque la usencia de éstas o por la imposibilidad de acudir.

En cuanto a las similitudes y diferencias encontradas en este bloque, destacar las diferencias encontradas en el tratamiento de la discapacidad y/o dependencia como consecuencia de la demora en el periodo de valoración y resolución.

Sí que observamos semejanzas entre los hospitales de la provincia de Zaragoza, pero no con el resto. De esta manera, de nuevo encontramos la división de las respuestas en dos grupos: aquellos profesionales que comienzan los trámites, si así lo requiere la situación del paciente, desde la fase de hospitalización, y por otro lado, los profesionales que instan a los familiares y pacientes comiencen o no los trámites una vez que la situación clínica del paciente esté estable.

En la cuestión del equipo multidisciplinar también podemos diferenciar dos agrupaciones: en primer lugar aquellos que dicen tener una buena colaboración y participación en el equipo multidisciplinar y en segundo lugar los que refieren coordinarse con los profesionales con el fin de transmitir los datos considerados relevantes.

6.1.6. BLOQUE VI

Posibles cambios y mejoras

Este bloque consta de una única pregunta.

Con el fin de concluir la entrevista, nos interesamos por el punto de vista y opinión de los profesionales participantes en cuanto a la realización de cambios en la intervención, coordinación, orientación u otros aspectos. Los participantes nombran recursos como las ayudas a domicilio, la teleasistencia, o el programa respiro.

De forma general, todos los profesionales coinciden en la escasez de recursos en los que pacientes y familiares pueden apoyarse al alta hospitalaria, con el fin de promocionar la continuidad de los cuidados.

El Sujeto C considera que debería haber más trabajadores sociales, ya que una valoración inicial de los pacientes sería conveniente en todos los casos. El mismo Sujeto añade que:

"En algunos casos puede ser deficitaria la atención porque las circunstancias no lo permiten"
(Sujeto C).

Otro aspecto en el que coinciden es la mejora en los tiempos de valoración y resolución de la situación de discapacidad y dependencia. Además, hay varias coincidencias en las respuestas respecto a la realización de protocolos de actuación de la intervención del trabajo social en los casos de pacientes con Ictus, así como en la coordinación a diferentes niveles, esto es tanto a nivel del equipo asistencial como con coordinación sociosanitaria u hospitales de derivación.

Por otro lado, el Sujeto A considera que debería de ser mejor la coordinación y delimitación de las funciones de cada una de las unidades, ya que según el sujeto esa falta de delimitación de funciones y roles:

"Confunde mucho a los especialistas y familiares. A veces, no podemos orientar muy bien a los familiares, porque no sabemos qué va a pasar si lo van a derivar a otra unidad u hospital". Además, este mismo sujeto aboga por "una mejor coordinación no sólo en la unidad de trabajo social sino también de jefatura, una persona que coordine y nos represente" (Sujeto A).

Para terminar con el análisis del contenido de las entrevistas, queremos destacar una de las frases pronunciadas por una de las profesionales participantes:

"Los médicos y profesionales de la salud nos necesitan a los trabajadores sociales. Lo demuestran en su día a día, solicitando nuestra ayuda en los casos si quieren realizar un alta en condiciones éticas del paciente".

6.2. COMUNICACIÓN NO VERBAL

Todo lo analizado anteriormente, tiene que ver con la comunicación verbal, pero como explicamos en la parte de metodología queríamos fijarnos también en la comunicación no verbal. Por ello, en las siguientes líneas vamos a tratar la manera en la que hemos percibido los gestos, el tono, contacto visual, entre otros aspectos, por parte de los participantes.

En todas las entrevistas nos situamos en frente del entrevistado separándonos, de esta forma, una mesa. Esta posición también nos ha permitido mantener el contacto visual, lo que ha propiciado mayor complicidad con los profesionales. Todos los participantes han mostrado cercanía con nosotros y una actitud abierta ante las preguntas y sus respuestas.

Por otra parte, el tono de voz nos ha parecido apropiado en cada una de las entrevistas, pero señalamos que una de las profesionales, al comienzo del encuentro, nos hizo sentir más distantes, pero a los pocos minutos de la entrevista esta percepción cambió, pues consideramos que dicho cambio tuvo lugar por la inmersión progresiva de la profesional en la entrevista.

Algo que nos llamó la atención es que cada uno de los participantes mantuvo una posición abierta de los brazos, mostrando así interés y disposición antes las cuestiones planteadas. En cuanto a la posición del resto del cuerpo, no consideramos oportuno seguir analizándola, ya que tanto los entrevistados como nosotros estuvimos sentados en todo momento del encuentro.

Con todo ello, sentimos que la comunicación no verbal de cada uno de los profesionales ha sido positiva, terminando con la sensación de habernos sentido cómodos en todo momento, haciendo que una entrevista formal con una persona desconocida sea mucho más cercana.

6.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación a los resultados obtenidos en este proyecto de investigación, realizamos una comparación con apartados expuestos en el marco teórico, así como la consecución o no de los objetivos tanto generales como específicos, planteados al comienzo de esta investigación.

En relación a las funciones desempeñadas por los trabajadores sociales en la fase de hospitalización, podemos decir que, de forma general, hemos obtenido la información que nos esperábamos. De esta manera, existen semejanzas con la información teórica y revisión bibliográfica realizada en la primera parte de esta investigación.

En cuanto a la intervención del profesional con la familia, no podemos negar la existencia de similitudes entre los datos obtenidos y analizados en las entrevistas, en relación al apartado del marco teórico referente a este tema. Los trabajadores sociales comprenden que la familia es importante en este proceso, ayudando al paciente a su rehabilitación. Pero también entienden que es fundamental ofrecer apoyo emocional ya que dichos familiares se encuentran ante una situación nueva y sobrevenida, la cual cambia el rumbo de sus vidas completamente.

En relación a las secuelas y sus consecuencias, previo a la realización de las entrevistas teníamos la idea de que discapacidad y dependencia eran conceptos muy presentes en la vida de los pacientes que han sufrido un Ictus. Posteriormente con el estudio de los datos de las entrevistas, este pensamiento se corrobora, ya que todos los entrevistados coinciden en la existencia de discapacidad y/o dependencia en la gran mayoría de los pacientes, distinguiendo siempre distintos grados y afectaciones.

Por otro lado, otra creencia que teníamos era la existencia de una participación y colaboración activa por parte de los trabajadores sociales en el equipo multidisciplinar. Sin embargo, en este caso, dicha creencia contrasta con los resultados obtenidos. De manera general, la mayor parte de los entrevistados refieren que hay escasez de coordinación incluyendo esta idea en las peticiones de cambios y mejoras.

En cuanto a los objetivos, decir que consideramos que a través de las preguntas de la entrevista, las respuestas y su análisis hemos conseguido alcanzarlos.

De esta forma, empezando por los objetivos específicos del primer objetivo general, decir que a través del estudio de las respuestas dadas por los diferentes profesionales hemos logrado conocer el tratamiento e intervención que se da a los pacientes con Ictus, así como a los familiares. De igual manera, hemos conseguido información acerca del contacto de los trabajadores sociales con agentes externos, en particular, con asociaciones que tratan con pacientes que padecen esta dolencia. Con ello, la consecución de estos tres objetivos específicos nos ha permitido alcanzar el primer objetivo general de este estudio, esto es, conocer las actuaciones desde el trabajo social en la fase de hospitalización en relación a un accidente cerebrovascular.

Añadir que para conseguir toda esta información planteamos preguntas en la entrevista relacionadas directamente con todos estos objetivos.

El segundo objetivo de la investigación gira en torno a estudiar las similitudes y discrepancias en la intervención por parte de los trabajadores sociales de los diferentes centros hospitalarios en relación con pacientes de Ictus. Así pues, creemos haber cumplido con esta meta, puesto que a lo largo del análisis y gracias a la comparación de los datos, en cada uno de los bloques hemos podido realizar una síntesis de diferencias y similitudes relacionadas con las preguntas en cuestión.

El otro objetivo específico que compone el objetivo general versa en torno al conocimiento de aspectos de mejora. El último bloque de nuestra entrevista va encaminado al conocimiento de estos posibles cambios referidos por los diferentes profesionales.

En cuanto al alcance de esta investigación, el estudio queda reducido a la Comunidad Autónoma de Aragón por lo que no es posible generalizar al resto de Comunidades Autónomas, a pesar de ser conocedores de que una investigación cualitativa no persigue la generalización de sus datos. De esta forma, este hecho podríamos verlo como una limitación pero, en este caso, no lo consideramos como tal, ya que nuestra meta final era conseguir información de la labor de los trabajadores sociales de los hospitales públicos de nuestra Comunidad.

Por otro lado, en relación a las posibilidades de ampliación del estudio, consideramos que podría ampliarse el número de muestra, realizando una entrevista de este tipo a otros trabajadores sociales que desempeñen su labor en el ámbito hospitalario de diferentes Comunidades Autónomas.

Por último, para ampliar el contenido de la entrevista sería necesario indagar y adquirir conocimientos más amplios acerca del Ictus, así como del trato con pacientes y familiares.

7. CONCLUSIONES FINALES

Finalizando esta investigación, tanto teórica como práctica y, tras un período de reflexión, deseamos destacar un conjunto de información e ideas a través de las cuales resaltamos aspectos que consideramos fundamentales.

En primer lugar, el Ictus es una enfermedad que afecta en todos los niveles y a todas las esferas de la vida, siempre teniendo en cuenta el alcance de las secuelas producidas en el mismo. De esta forma, en la mayoría de los casos, los pacientes presentan discapacidad y/o dependencia ya sea de forma severa o a menor nivel.

De esta forma, consideramos importante una detección rápida de los síntomas del Ictus, pues este hecho puede ayudar a disminuir las afectaciones y secuelas, así como un posible fallecimiento. Del mismo modo, conocer los factores de riesgo adoptando actitudes que eviten dichos factores, disminuyendo las posibilidades de desarrollar la enfermedad.

En relación a las necesidades que presentan los pacientes con esta dolencia, no sólo debemos centrarnos en los aspectos físicos, sino que también es preciso tener en cuenta el alivio de las secuelas a través de la rehabilitación, así como el importante papel de las familias y las orientaciones y funciones llevadas a cabo por la figura del trabajador social. No obstante, el papel de las familias es una parte fundamental en la recuperación del paciente, sin embargo a la vez que éstos ayudan, necesitan ser ayudados, puesto que la situación sobrevenida conlleva una amplia gama de cargas emocionales.

En cuanto al resultado del análisis de los datos obtenidos a través del estudio de campo, concluimos que si pensamos de forma general todas las respuestas en los diferentes bloques, las respuestas de los diferentes profesionales participantes tienen un alto porcentaje de semejanzas, pero a su vez encontramos diferencias en algunos testimonios.

Entre todas las preguntas realizadas en la entrevista creemos oportuno destacar, en este apartado de conclusiones, aquellas relacionadas con las propuestas de mejoras y cambios.

Así pues, las respuestas fueron encaminadas tanto a mejoras internas, esto es, para dentro del hospital, como externas (recursos, programas, etc.). De manera que, en relación a los recursos externos de los hospitales, todos los profesionales coinciden en la escasez de recursos frente a las necesidades ilimitadas. Sin embargo, la gran parte de las diferencias se centran en las mejoras del funcionamiento interno de cada uno de los centros hospitalarios, teniendo que ver éstas con aspectos como la coordinación o la falta de profesionales del ámbito social.

Con todo ello, concluimos exponiendo la importancia de ahondar en esta enfermedad, ya que como hemos podido observar en toda la información revisada, el accidente cerebrovascular, es una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa de discapacidad y dependencia.

7.1. DIFICULTADES

En relación a las dificultades, en la elaboración del marco teórico no hemos contado con grandes complicaciones, pero si debemos de señalar una, nos quedamos con la amplia información encontrada en algunos de los apartados del trabajo, por lo que en este sentido la capacidad de síntesis ha tenido que ser mayor.

Así pues, los principales obstáculos los hemos encontrado en la parte práctica de esta investigación. De esta manera, en primer lugar señalar la falta de contestación por algunos profesionales con los que en un principio mantuvimos contacto pero finalmente no obtuvimos respuestas concluyentes.

Por otro lado, no todas las entrevistas han sido realizadas en nuestra ciudad de residencia, por lo que hemos tenido que invertir un mayor tiempo en el traslado así como planificar horarios de autobuses y gasto económico que todo desplazamiento conlleva.

En relación al tiempo empleado, no todas las respuestas las hemos recibido tras el primer contacto por correo electrónico, lo que ha hecho que hayamos empleado varias semanas para poder concretar y realizar todas las entrevistas tras varios correos electrónicos y llamadas de teléfono, debido a la dificultad de hacer coincidir horarios.

A pesar de no considerarlo como una dificultad, creemos oportuno mencionarlo puesto que ha hecho que en un momento determinado de nuestra investigación tengamos que cambiar las técnicas de recogida de datos. De esta forma, en una de las entrevistas nos encontramos con la negación de no poder grabar el encuentro, a pesar de facilitarle el documento que expone que toda la información recogida va a ser empleada con fines únicamente académicos. Así pues, la transcripción se basó en las notas recogidas y la información recordada por cada uno de nosotros.

Por último, señalar que en una de las entrevistas, una vez concertada la misma, el día de antes la profesional nos comunicó que no podía acudir a la entrevista, por lo que nos vimos obligados a que la trabajadora social nos enviara las preguntas respondidas por correo electrónico, ya que resulto complicado poder aplazarla para otro día. Este hecho lo recogemos en este apartado ya que tuvimos que cambiar la forma de obtener los datos, impidiendo la observación de la comunicación no verbal.

8. BIBLIOGRAFÍA

Abalde y Muñoz (1992) "Metodología cuantitativa vs. cualitativa". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8536/CC-02art7ocr.pdf>

Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., Gonzales, A., Rodríguez, C. (2012) "Trabajo social en el área de salud: Perfiles y competencias profesionales básicas en el área de salud. *En línea*. Recuperado el 21 de mayo de 2018 de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Perfiles%20y%20competencias%20TrabajoSocial_Salud.pdf

Agència Valenciana de Salut (2007) "Guía de información al paciente con Ictus". *En línea*. Recuperado el 05 de mayo de 2018 de: <https://www.svneurologia.org/libroictusdefinitivo.pdf>

Agencia Valenciana de Salut (2012) "Guía de intervención de trabajo social sanitario". *En línea*. Recuperado el 05 de mayo de 2018 de: http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/Guia_Intervencion_Trabajo_Social_Sanitario.pdf

Aktouf, O. (1992). "Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations". *En línea*. Recuperado el 06 de abril de 2018 de: http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisations/metho_sc_soc_organisations.pdf

Alvira, F. (1983). "Perspectiva cualitativa, perspectiva cuantitativa en metodología sociológica". *Revista Española de investigaciones sociológicas*, 22, p. 53-76

Asociación de Discapacitados Físicos de Móstoles (2015) "Claves para detectar un Ictus". *En línea*. Recuperado el 05 de mayo de 2018 de: <http://www.adisfim.es/claves-para-detectar-un-ictus/>

COCEMFE (2014) "Repercusiones de la discapacidad en las personas". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: <http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/44-repercusiones-de-la-discapacidad-de-la-persona-repercusiones-actitudes-frente-a-la-discapacidad-actitudes-sentimientos-complicados-conclusion>

Campoy y Gomes (2009) "Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de http://www2.unifap.br/gtea/wp-content/uploads/2011/10/T_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos1.pdf

Colom, D (s.f.) "El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión". *En línea*. Recuperado el 10 de abril de 2018 de: http://directivos.publicacionmedica.com/IMG/pdf/dolors_colom_articulo.pdf

Complejo Hospitalario de Navarra (2013) “Guía psicoeducativa para familiares de personas con daño cerebral adquirido”. *En línea*. Recuperado el 27 de mayo de 2018 de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/36E2CE1D-19B1-4833-9667-FF06579FE598/362578/GuiaPsicoeducativa05AGOSTO16.pdf>

Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia (2012) “Programa de Atención a Pacientes con Ictus en el Sistema de Salud de Aragón”. *En línea*. Recuperado el 24 de mayo de 2018 de: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/Programa%20Ictus_actualizaci%C3%B3n2012.pdf

Documentos del CHN: Protocolo de urgencias ictus, Protocolo de escalas de Ictus, Protocolo Enfermería, Código Ictus 2013.

Durán, A (2004) “Informe sobre el Impacto Social de los enfermos dependientes por Ictus”. *En línea*. Recuperado el 09 de abril de 2018 de: http://digital.csic.es/bitstream/10261/100684/1/Informe%20ISEDIC_MSD_2005_2%C2%AA%20edici%C3%B3n.pdf

España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de diciembre de 2006, núm 299. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Federación Española del Ictus (2017) “Ictus: un problema socio-sanitario”. *En línea*. Recuperado el 24 de mayo de 2018 de: <https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/>

Fernández y Pértegas (2002) “Investigación cuantitativa y cualitativa”. *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE_GUIDE_Lecture_2/4/2.Pita_Fernandez_y_Pertegas_Diaz.pdf

Fundación DACER (2013) “Cómo estimular a su familiar con daño cerebral”. *En línea*. Recuperado el 20 de mayo de 2018 de: <https://www.dacer.org/documentos/GuiaFamilias.pdf>

Gobierno de Aragón (2010). “El cuidado y la promoción de la autonomía personal tras el Ictus”. *En línea*. Recuperado el 22 de mayo de 2018 de: http://www.sarela.org/uploads/media_items/el-cuidado-y-la-promoción-de-la-autonom%C3%ADa-personal-tras-un-ictus.original.pdf

Gobierno de Cantabria (2014) “Rehabilitación tras un Ictus: Una Guía para pacientes, cuidadores y familias”. *En línea*. Recuperado el 06 de abril de 2018 de: <http://www.ardacea.es/files/A-ICTUS-GUIA-PARA-PACIENTES-CUIDADORES-Y-FAMILIAS.pdf>

Grawitz, M. (1984). Métodos y técnicas de las ciencias sociales. México: Editia mexicana.

Instituto Aragonés de Servicios Sociales (s.f.) "Dependencia. Solicitud y Procedimiento". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/IASS/Inicio/AreasActividad/Dependencia/ci.dependencia_seccion_02_solicitud_procedimiento.detalleInaem

Instituto Aragonés de Servicios Sociales (s.f.) "Discapacidad. Valoración y reconocimiento del grado de discapacidad". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/IASS/Inicio/AreasActividad/Discapacidad/ci.discapacidad_seccion_02_valoracion.detalleInaem

Kvale, S. y Jeanne, M. (1996). *Interviews: An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.

La Vanguardia (29 de octubre de 2013) "El ictus es la primera causa de dependencia en el adulto". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: <http://www.lavanguardia.com/salud/neurologia/20131029/54392816762/neurologia-ictus-primera-causa-dependencia-adulto.html>

La Vanguardia (08 de mayo de 2014) "El 40% de las personas con ictus tiene alguna dependencia por discapacidad". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20140508/54406723885/el-40-de-las-personas-con-ictus-tiene-alguna-dependencia-por-discapacidad.html>

López y Jean-Pierre (2011) "La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de <http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Entrevista.pdf>

Martínez (2006) "La investigación cualitativa (síntesis conceptual)". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4033/3213>

Martínez (s.f.) "Investigación Descriptiva: Tipos y características". *En línea*. Recuperado el 01 de abril de 2018 de: <https://www.lifeder.com/investigacion-descriptiva/>

Martín-Crespo y Salamanca (2007) "El muestreo en la investigación cualitativa". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de <http://ceppia.com.co/Documentos-tematicos/INVESTIGACION-SOCIAL/MUESTREO-INV-CUALITATIVA.pdf>

Martínez-Salgado (2011) "El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>

Martínez-Vila, E. y Irimia, P. (2000) "Factores de riesgo del ictus". *En línea*. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: <file:///C:/Users/Invitado.Lore-PC/Downloads/6726-11719-1-PB.pdf>

Masjuan, J et al. (2010) "Stroke health care plan". *En línea*. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: https://ac.els-cdn.com/S2173580811000034/1-s2.0-S2173580811000034-main.pdf?_tid=cb25d26d-ba9b-4199-9ab4-9f9c9942dcdd&acdnat=1529417251_9797f6b4bfa8df748fb66f134f884f4b

Mayer, R. y Ouellet, F. (1991). "Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux". *En línea*. Recuperado el 05 de abril de 2018 de: <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/1992-v5-n2-nps1963/301191ar.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) "Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud". *En línea*. Recuperado el 10 de abril de 2018 de: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018) "Discapacidades". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018) "Accidente cerebrovascular". *En línea*. Recuperado el 06 de abril de 2018 de: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/

Prnoticias (12 de mayo de 2016) "El ictus es la primera causa de dependencia en adultos en España". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: <https://prnoticias.com/comunicacion/prcomunicacion/20152625-el-ictus-es-la-primera-causa-de-dependencia-en-adultos-en-espana>

Real Academia Española (2018) "Dependencia". *En línea*. Recuperado del 22 de mayo de 2018 de: <http://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>

Regueria, R (2016) "Manejo del Ictus en el Servicio de Urgencias". *En línea*. Recuperado el 06 de abril de 2018 de: <http://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/ictus.pdf>

Rodrigo, B. (2010) "Ictus". *En línea*. Recuperado el 10 de abril de 2018 de: <https://www.davidarehabilitacion.com/pdfs/ictus.pdf>

Rodríguez, L., Anchundia, V., Loo, L (2017) "Las funciones del trabajador social en el campo de salud". *En línea*. Recuperado el 17 de abril de 2018 de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>

Rodríguez, P (2014) "Ictus isquémico: Avances y proyecciones". *En línea*. Recuperado el 10 de abril de 2018 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2014/cnn141m.pdf>

Salud Madrid (2014) "Atención a los pacientes con Ictus en la Comunidad de Madrid". *En línea*. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/910_639_plan_ictus_250614_0.pdf

Sánchez, R (s.f.) "La rehabilitación y la medicina física en los accidentes cerebrovasculares". *En línea*. Recuperado el 27 de mayo de 2018 de: file:///C:/Users/Invitado.Lore-PC/Downloads/mf_ictus.pdf

Serbia (2007) "Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa". *En línea*. Recuperado el 03 de abril de 2018 de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf

Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.

Tremblay, M. A. (1968). "Initiation a la recherche dans les sciences humaines". Montréal. McGraw-Hill.

Villalón, A., Nieves, M., Eiras-Barca, J (2016) "Tipos de tiempo y su relación con los ingresos por Ictus". *En línea*. Recuperado el 17 de mayo de 2018 de: http://ephyslab.uvigo.es/files/3814/8008/9837/ACT6_Altea.pdf

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1. ENTREVISTA

ENTREVISTA A TRABAJADORES SOCIALES DE HOSPITALES DE ARAGÓN

PREGUNTAS

BLOQUE I

1. ¿Cómo se enfoca el tratamiento de las personas con Ictus desde el trabajo social?
2. Según su opinión ¿Cuáles son las particularidades del trabajo que desempeña con personas que han sufrido un Ictus?

BLOQUE II

3. ¿Cuáles son las principales funciones del trabajador social ante un caso de una persona que ha sufrido un Ictus?
4. ¿Tiene contacto directo con los pacientes?
5. ¿Interviene con la familia?
 - En el caso de intervenir ¿qué realiza y cómo lo lleva a cabo?
 - ¿Cuáles son las indicaciones que le dan a los familiares?
6. ¿Cuál es su papel durante la fase de hospitalización?
7. ¿Desempeña alguna función durante la fase de rehabilitación?

BLOQUE III

8. ¿Qué número de personas con Ictus en relación a las ingresadas con esta misma dolencia recurren a los servicios de trabajo social?
9. Los pacientes atendidos y sus familias, ¿acuden por iniciativa propia o por derivación del equipo de salud?
 - En el caso de que sea por derivación, ¿qué es más frecuente (iniciativa del paciente, familia o derivación)?

BLOQUE IV

10. En su práctica habitual ¿Está en contacto con asociaciones que se dedican a trabajar con pacientes que han sufrido un daño cerebral?
11. ¿Recomienda asociaciones/centros que trabajan esta enfermedad a los familiares de dichos pacientes o a ellos mismos?

BLOQUE V

12. ¿En qué medida estos pacientes presentan discapacidad o dependencia como causa de esta dolencia?

13. Con toda esta información que nos ha proporcionado, ¿cuál es su papel en el equipo multidisciplinar?

BLOQUE VI

14. Desde su punto de vista y según su opinión, ¿considera que deberían realizarse cambios, como por ejemplo: intervención, coordinación, orientación, etc.?

9.2. ANEXO 2. SOLICITUS DE COLABORACIÓN

Buenos días,

Somos Diego Aguas Sanromán y María Isabel Urquiz López, estudiantes de 4º curso del Grado de Trabajo Social impartido en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo (Universidad de Zaragoza).

Estamos realizando nuestro Trabajo Fin de Grado sobre el Ictus “Papel y actuaciones de los trabajadores sociales con familiares de pacientes con Ictus durante la hospitalización y el alta hospitalaria”.

Y por ello precisamos de la colaboración y participación de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario, para poder llevar a cabo nuestra investigación.

Con nuestro proyecto pretendemos conocer las actuaciones que desde el trabajo social se hacen en la fase de hospitalización de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, concretamente, estudiar la intervención que se presta a pacientes y familiares de los mismos.

De esta manera, estamos interesados en conocer más a fondo esta figura profesional. Por ello, estaríamos muy agradecidos de contar con su participación y de que nos dedicara un tiempo para atendernos y poder llevar a cabo, de esta manera, nuestro Trabajo Fin de Grado.

Puede ponerse en contacto con nosotros a través de esta dirección de correo o si lo prefiere puede dejarnos un número de teléfono y nos pondremos en contacto con usted con el fin de concertar el día y la hora en el que poder realizar la entrevista.

De igual forma, estamos a su disposición para cualquier duda.

Adjuntamos la autorización para que la entrevista pueda ser grabada.

Muchas gracias de antemano por su atención,

Un cordial saludo,

Diego Aguas y María Isabel Urquiz.

9.3. ANEXO 3. SOLICITUD FIRMADA POR LA TUTORA

Somos Diego Aguas Sanromán y María Isabel Urquiz López, estudiantes de 4º curso del Grado de Trabajo Social impartido en la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo (Universidad de Zaragoza).

Estamos realizando nuestro Trabajo Fin de Grado sobre el Ictus “Papel y actuaciones de los trabajadores sociales con familiares de pacientes con Ictus durante la hospitalización y el alta hospitalaria”.

Y por ello precisamos de la colaboración y participación de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario, para poder llevar a cabo nuestra investigación.

Con nuestro proyecto pretendemos conocer las actuaciones que desde el trabajo social se hacen en la fase de hospitalización de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, concretamente, estudiar la intervención que se presta a pacientes y familiares de los mismos.

De esta manera, estamos interesados en conocer más a fondo esta figura profesional. Por ello, estaríamos muy agradecidos de contar con su participación y de que nos dedicara un tiempo para atendernos y poder llevar a cabo, de esta manera, nuestro Trabajo Fin de Grado.

Eva María Garces Trullenque, tutora del Trabajo Fin de Grado de Diegos Aguas y María Isabel Urquiz, verifica que la solicitud de colaboración, así como el trato de la información obtenida es para dicho estudio.

Firma del tutor:

9.4. ANEXO 4. AUTORIZACIÓN GRABACIÓN AUDIO

Autorización para la grabación de audio en la entrevista

Diego Aguas Sanromán con D.N.I. XXX y María Isabel Urquiz López con D.N.I. XXX solicitan autorización para que la entrevista realizada pueda ser grabada por audio.

Nos comprometemos a que la información y datos obtenidos en la misma serán exclusivamente utilizados como material académico. En ningún momento se procederá a su divulgación, ni se expondrán datos de carácter personal.

EL Sr./Sra _____, con DNI _____, doy mi consentimiento a Diego Aguas y María Isabel para el uso de la información obtenida a través del audio.

Firma del profesional:

En _____, el _____ de _____ de 20__

9.5. ANEXO 5. HOJA DE COLABORACIÓN

Dña. XXX, trabajadora social del Hospital XXX , ha participado en el Trabajo Fin de Grado de Diego Aguas Sanromán y María Isabel Urquiz López, mediante la realización de una entrevista personal, con el fin de facilitar datos e información para su posterior análisis.

En _____, el _____ de _____ de 20__

9.6. ANEXO 6. TEST RANCHO LOS AMIGOS

La Escala El Rancho los amigos. Esta escala de valores, fue desarrollada en el Hospital Rancho Los Amigos en California, y es usada a menudo por doctores y terapeutas, para explicar los cambios que tiene lugar durante el proceso de recuperación. Nivel 1

No Respuesta: Parece que el paciente estuviera en un sueño profundo y no responde a voces, sonidos, luces o al tacto. Nivel 2

Respuesta Generalizada: El paciente reacciona inconsistentemente sin que haya ningún tipo de estimulación. La primera reacción puede ser un dolor profundo, puede abrir los ojos pero no enfoca nada en particular. Nivel 3

Respuesta Localizada: Las respuestas del paciente son a propósito pero son inconsistentes, y están directamente relacionadas con el tipo de estímulo presentado, por ejemplo al rotar su cabeza para que se concentre en un sonido o un objeto, el paciente puede seguir comandos (órdenes) simples, pero de una forma inconsistente y demorada. Nivel 4

Confuso, Agitado: El paciente se encuentra en un estado alto de actividad; severamente confuso, desorientado y no está consciente de los eventos actuales. Reacciona frente a su propia confusión, miedo o desorientación. El comportamiento es frecuentemente extraño e inapropiado para el medio ambiente en que se desenvuelve. Un comportamiento excitable puede llegar a ser abusivo o agresivo. Nivel 5

Confuso, Inapropiado, no-agitado: El paciente parece alerta; responde a comandos simples, realiza tareas por 2 o 3 minutos, pero se distrae muy fácilmente por cosas en el ambiente; experimenta frustración, lenguaje inapropiado, y no aprende ninguna información nueva. Nivel 6

Confuso-Apropiado: El paciente sigue órdenes simples de forma consistente, necesita guías; puede reaprender antiguas habilidades, como las actividades de la vida diaria, pero los problemas de memoria interfieren con nuevos aprendizajes. Tiene algo de conciencia de él mismo y de otros. Nivel 7

Automático-Apropiado: El paciente es físicamente capaz, y puede realizar su rutina diaria de forma automática, pero puede tener un comportamiento como el de un robot y una confusión mínima; hay necesidad de recordarle actividades; tiene poca visión acerca de su condición; inicia las tareas, pero necesita una estructura; no razona muy bien, no puede resolver conflictos, ni tiene habilidades para planear cosas. Nivel 8

Propósito-Apropiado: El paciente está alerta, orientado; recuerda e integra acontecimientos pasados y presentes; aprende nuevas actividades y puede continuarlas sin supervisión; independiente en casa y tiene habilidades para las actividades de la vida diaria; capaz de conducir; déficit en tolerancia al estrés, al raciocinio (juicio); persiste el razonamiento abstracto; puede funcionar a un nivel social reducido

